

Mij lip dáppe
*Jasska ájnegasj
dievnastusá*

Vi e`her
*Trygge individuelle
tienester*

Varresvuohta ja
huksopládna

DELPROSJEKT 10.2.2
**PLAN FOR HELSE-
OG OMSORG**



ÁDÁ
Hábmera
SUOHKAN
NYE
Hamarøy
KOMMUNE

Utarbeidet: 06.06.19	Delprosjektleder: Grete Prestegård
Vedtatt:	Ansvarlig: Fellesnemnda
Sist revidert:	

Innhold

1	Innledning	3
2	Forankring og mandat	5
2.1	Metoder og referanser.....	5
3	Nasjonale føringer, avtaler og lovverk	6
4	Det samiske perspektivet	7
5	Befolkningsutvikling.....	9
6	Nå analyse av helse og omsorgstjenester 01.01.2020.....	11
6.1	Institusjon, omsorgsboliger og kommunale boliger i helse.....	11
6.2	Helsetjenester i hjemmet	12
6.3	Økonomi og årsverk omsorg	13
6.4	Miljøtjenesten.....	13
6.5	Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor.....	14
6.6	Legetjenesten, legevakt og kommuneoverlege.....	15
6.7	Fysioterapi, folkehelse og frisklivssentral	17
6.8	Psykisk helse	18
6.9	Tildelingskontor	19
6.10	Barnevern.....	20
6.11	Økonomi og årsverk - helse	20
7	Fremtidige utfordringer	22
7.1	Behov og behovsendringer	22
7.2	Å flytte omsorgstyngden ned i omsorgstrappen - BEON prinsippet	26
7.3	Endring i funksjonsfordeling - samhandlingsreformen.....	26
7.4	Kompetansebehov	27
7.4.1	Kompetansekrav til leger	28
7.5	Å etablere Hamarøy kommune som lulesamisk forvaltningskommune	28
7.6	Konsekvenser av «Tysfjordsaken»	29
7.7	Økonomi	30
8	Visjon, mål og strategier	31
8.1	Visjon og mål	31
8.2	Strategier	32
8.2.1	Bygge en lulesamisk forvaltningskommune.....	32
8.2.2	Prosjekt Jasska.....	33
8.2.3	Å bygge opp kapasiteten i omsorgstrappen etter BEON-prinsippet.....	33
8.2.4	Samhandlingsreformen	36
8.2.5	Kompetanse og rekruttering.....	36
8.2.6	Samle all kompetanse og tjenester på en plass - «helsehus».....	37

8.2.7	Økonomi	37
8.2.8	Hjelpemidler.....	38
8.2.9	Eldrereformen - leve hele livet.....	38
8.2.10	Demensomsorgen	39
8.2.11	Forebyggende helse - tidlig innsats.....	40
9	Forslag til organisering og struktur	41
9.1	Akuttfasen 2020 - 2022:	42
9.1.1	Institusjon og omsorgsboliger med heldøgns bemanning	42
9.1.2	Helsetjenester i hjemmet.....	43
9.1.3	Miljøtjenesten	43
9.1.4	Helsestasjon/skolehelsetjeneste og jordmor	44
9.1.5	Legetjenesten, legevakt og kommuneoverlege	45
9.1.6	Folkehelse friskliv og fysioterapi.....	46
9.1.7	Psykisk helse og rus.....	47
9.1.8	Tildelingskontoret	48
9.1.9	Barnevern.....	48
9.2	Kortsiktig fase 2020 - 2025.....	49
9.2.1	Samlokalisering av tjenester	50
9.2.2	Institusjon og heldøgnsomsorg	52
9.2.3	Psykisk helse/rus	53
9.3	Langsiktig strategi 2025 - 2040	53
10	Handlingsprogram	55

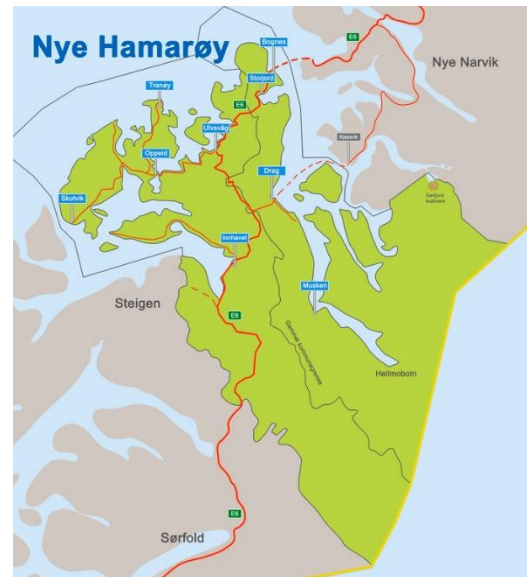
Vedlegg 1 - Tiltaksområder kvalitetsreformen

Tabell- og figurliste

Tabell 1 - Utvikling av antall eldre 2011 - 2019.....	9
Tabell 2 - Oversikt over institusjonsplasser, heldøgns omsorgsboliger og andre kommunale boliger i helse og omsorg per 20.05.19.....	11
Tabell 3 - Netto utgifter og årsverk	13
Tabell 4 - Økonomi og årsverk - helse	20
Tabell 5 - Dekningsgrader	22
Tabell 6 - Alders- og kjønnsesifikke anslag for forekomst av demens (%) i Norge.	23
Tabell 7 - For Hamarøy vil forekomst av demens gi følgende bilde til 2040.....	23
Tabell 8 - Framskrivning: Når dagens ansatte blir 65 år.	27
Tabell 9 - Lovpålagt kompetanse ifølge primærhelsetjenestemeldingen fra regjeringen....	27
Tabell 10 - Oversikt over ønsket dekning på institusjon og boliger med heldøgns omsorg...	42
Tabell 11 - Organisering av legetjenesten	45
Tabell 12 - behovet for heldøgns omsorg sett i et femårs perspektiv	52
Figur 1 - Kart nye Hamarøy kommune	3
Figur 2 - Endringer i aldersgruppene fra 2020 - 2040	10
Figur 3 - Endring i sykdomshyppighet for den eldste del av befolkningen.....	24
Figur 4 - Forslag til organisasjonskart sektor for Helse og velferd;	41
Figur 5 - Omsorgstrappen for Fremtiden i Hamarøy;	49
Figur 6 - Fremtidig omsorgstrapp psykisk helse/rus.....	53

1 Innledning

Gjennom Helse- og omsorgsplan legger Hamarøy¹ kommune den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Det er et offentlig ansvar å fremme helse, forebygge sykdom og sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen i kommunen. Nåværende Hamarøy kommune har et særskilt fokus på folkehelse og skal etter sammenslåingen ha samme fokus. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene i kommunen og tiltak skal komme som konsekvens av utfordringsbildet i den nye kommunen. Man må ha et aktivt arbeid med forebygging på alle nivåer i helse og omsorgstrappen, samt arbeide for at folkehelseperspektivet implementeres også i kommunens øvrige planverk. Det innebærer også å skape strategier og tiltaksplaner for å utjevne sosiale helseforskjeller. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.



Figur 1 - Kart nye Hamarøy kommune

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Hamarøy kommune ble 22. april 2018 innlemmet i forvaltningsområde for samisk språk fra 1. januar 2020.

Lulesamene har gjennom historien opplevd gjentatte overgrep fra den norske stat, med rasekartlegging og fornorskningspolitikken som to store traumatiske hendelser. Dette har ført til manglende tillit til offentlige tjenester, noe som også preger lulesamenes forhold til de kommunale tjenestene.

“Tysfjordsaken” som kom til allmenn kjennskap i 2016 har rammet hele samfunnet. I forbindelse med og i etterkant av “Tysfjordsaken” er det skapt en ny bevissthet rundt problemet med manglende tillit til helsetjenestene og det offentlige, og fokus er nå satt på å iverksette tiltak som bygger opp den manglende tilliten. Den nye kommunen må ha fokus på tillitsskapende arbeid og kompetanseheving i lulesamisk kultur- og språkforståelse.

Endringer i folkehelse, sykdomsmønster og utviklingen i medisinsk diagnostikk og behandling, fordrer endringer også i helse- og omsorgstjenestene.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) trådte i kraft 1. januar 2012. For kommunene innebærer det både økt ansvar for helsetjenester og for helsefremmende og forebyggende arbeid i alle deler av helse- og omsorgstilbudet. Dagens situasjon og utfordringsbilde i nåværende Hamarøy kommune og Tysfjords vestsida er grunnlaget for planens mål og strategier.

For at sektoren skal være økonomisk bærekraftig i framtida, må tjenestene omstilles og innovasjons- og brukerfokus økes. Det må også etableres en framtidsrettet boligpolitikk

¹ «Gamle» Hamarøy omtales som nåværende eller dagens Hamarøy, nye Hamarøy omtales kun som Hamarøy

som legger til rette for å kunne bo hjemme lengst mulig. Enkeltpersoner må i framtida ta større ansvar for egen helse, og helse- og omsorgstjenestene skal understøtte brukerens egne ressurser og mestring. Utfordringene for nåværende Hamarøy kommune og Tysfjord vest er knyttet både til et brukerperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Dreiningen innebærer tidligere forebyggende innsatser for å begrense og forebygge sykdom, større innsats for samordning og koordinering av tjenestene og en større innsats for å nytte lokalmiljøets samlede omsorgsressurser. Dette er satsninger som vil gi en bedre helse- og omsorgstjeneste for innbyggere og brukere der mestring får et hovedfokus, samtidig som trykket på deler av helse- og omsorgstjenestene vil bli redusert på sikt.

Fremtidens sykehjem skal bestå av flere korttids/rehabiliteringsplasser og avlastning i tillegg til spesialiserte plasser for personer med demens, rus- og psykiske lidelser. Det betyr en reduksjon i antall langtidsplasser. Økt satsning på egenmestring gjør at flere klarer seg lenger og med færre tjenester. På denne måten kan flere bo i egen bolig/samløkalisert bolig.

2 Forankring og mandat

Nåværende Hamarøy kommune og Tysfjord vest (deling av Tysfjord kommune) blir Hamarøy kommune fra 1. januar 2020, etter et vedtak i stortinget 10 juni 2017.

Den 10 desember 2018 (sak 87/18) vedtok fellesnemnda mandat for helse og omsorg.

Mandatet har bakgrunn i intensjonsavtalen, styringsdokumentet fra fellesnemnda, strategiske samlinger og folkemøter. Mandatet.²

2.1 Metoder og referanser

I arbeidet med helse- og omsorgsplan har fellesnemnda tatt inn Bedriftskompetanse AS (BK) for å bidra i arbeidet. BK har gjennomført intervjuer med utvalgte personer i nåværende Hamarøy kommune og Tysfjord vest (Drag). Det ble gjennomført lokale gruppeintervju, lokale enkeltintervju og noen på telefon / Skype. Gjennom intervjuene ønsket man å kartlegge framtidsperspektivet fra den enkeltes respondent sitt ståsted. Det var et bredt utvalg av ressurspersoner fra begge kommunene som ble intervjuet. I tillegg ble det gjennomført intervju med Fellesnemnda for Hamarøy kommune, med Arran lulesamisk senter og med Jasska-prosjektet.

Det har vært gjennomført samlinger med faggruppen i det forberedende arbeidet. Samlingene har vært rene fagsamlinger og også strategiske samlinger med framtidens tjeneste og innretning som tema. I tillegg har gruppen hatt møte med representanter fra Sametinget, Helse Nord, arbeidsgiverpolitikkgruppa og digitaliseringsgruppa.

Faggruppen består av;

Grete Prestegård, kommunalsjef helse og omsorg Hamarøy. Prosjektleder	Morten Aspaas, enhetsleder helse og omsorg Tysfjord
Elisabeth Richter, kommuneoverlege Hamarøy	Nils Ove Skalltje, leder miljøtjenesten Tysfjord
Dan Skoglund, kommunelege Hamarøy	Josef Dahlgren, kommunepsykolog Hamarøy/Tysfjord
Aid Bredal Olsen, ledende helsesykepleier Hamarøy	Berit Mølderup, psykisk helse Tysfjord
Ingeborg Lunde, folkehelsekoordinator Hamarøy	Ragnhild Lien, Seniorrådgiver Árran
Ronny Nergård, avdelingsleder institusjon Hamarøy	Marit Meltzer, representant FO Tysfjord
Kjersti S Hansen, representant fagforbundet Hamarøy	Steinar Pleym Pedersen, avdelingsleder Samhandling, Nordlandssykehuset HF
Kurt Helge Johansen, intern konsulent Hamarøy	Beate Nordås, trainee fellesnemnda Nye Hamarøy
Ann-Elise Os, ekstern prosjektleder Bedriftskompetanse AS	

² <http://www.nyehamaroy.no/prosjektmandat-for-delprosjekt-10-2-2.6181674-479193.html>

3 Nasjonale føringer, avtaler og lovverk

Under kommer en oversikt over aktuelle føringer, avtaler og lovverk som planen er bygget på, og som er vesentlig i forhold til formingen av helse og omsorgstjenester nå - og som legger føringer for fremtiden.

<p>Nasjonale føringer, avtaler;</p> <ul style="list-style-type: none">- Leve hele livet (Stm. 15)- Samhandlingsreformen (Stm. 47)- Omsorg 2020/Demensplan 2020- Opptrappingsplan rusfeltet- Opptrappingsplan psykisk helse- Morgendagens omsorg (Stm. 29)- Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet (Stm.26)- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019- Jasska, prosjektarbeid- Samarbeidsavtaler med nordlandssykehuset, SANKS- NOU 2016:18 Hjertespråket- St.meld.nr.7 (2006-2007) Om sametingets virksomhet i 2005- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter- NOU 2017:16 På liv og død- Veileder for strategisk folkehelsearbeid	<p>Lovverk;</p> <ul style="list-style-type: none">- Grunnloven- Sameloven- Helse og omsorgstjenesteloven- Helsepersonell loven- Folkehelseloven- Fastlegeforskriften- Forskrift om helsestasjon og skolehelsetjeneste- Verdighetsgarantien- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten- Pasient og brukerrettighetsloven- Lov om barnevernstjenester- Forvaltningsloven- Sosialtjenesteloven- Plan og bygningsloven- Akuttmedisinforskriften- Forskrift om forvaltningsområdet for lulesamisk språk- Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)
---	--

4 Det samiske perspektivet

Livsverden er et begrep fra fenomenologisk filosofi og relevant fagkunnskap innen helsefagene. Det er en subjektiv verden hver av oss lever i. Det er personlig opplevd, men en konkret og meningsbærende verden. Min livsverden er slik jeg ser den og *lever i*.

Livsverden er relevant for å utforske og forstå ulikheter mellom kulturer, fordi livsverden også rommer *historie*, både den enkeltes levde historie og erfaringer, men og et folks historie. Fornorskingspolitikk er en betegnelse som brukes om den offentlige politikk som norske myndigheter førte for å assimilere samene i det norske samfunnet. Fra 1850 var den offisielle norske politikken at samene skulle assimileres i det norske samfunnet.

Et eksempel på en tydelig forskjell mellom norsk og samisk livsverden, er bohistorie. De samene som står på terskelen til å motta tjenester i kommunehelsetjenesten, er tredje generasjon i hus. Besteforeldrene var født og oppvokst i gamle. Med den erfaringen oppdro de sine barn, som også preget sine barn. Nyere generasjonen har også «gammehistorier» med seg i sin livsverden. Når gammen ikke skulle brukes mer, ble den igjen overlatt til naturen. Det er derfor sparsomt med bevarte gammer som viser bohistorie. I norsk livsverden bodde folk i flere generasjoner i en fiskerbonde gård, slik de er beskrevet fra midten og andre halvdel av 1800-tallet. Mange av disse gårdene er fortsatt bevart og kan sees og studeres.

Hamarøy kommune blir Lulesamisk forvaltningskommune. I det ligger det et betydelig ansvar som er hjemlet i lov, grunnlovens §108 som sier: “Det påligger statens myndigheter å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv”.

Ofte forklarer man «Det samiske perspektivet» ved å vise til samiske rettigheter, språk og kultur. Dette er viktige momenter eller aspekter i en innledende forståelse av «det samiske». Alle disse tre aspektene representerer imidlertid i seg selv store livsområder som i dag er gjenstand for refleksjon og diskusjon både innad og utenfor det samiske miljøet. Grunnleggende sett henger dette sammen med alle menneskers behov for å bli møtt og forstått med utgangspunkt i egen kultur (verdier, holdninger, sosiale normer, omgangsformer osv.), og ikke minst i et språk som kan romme livsviktige erfaringer og uttrykk for mening. Undersøkelser viser at også samiske pasienter ønsker å bli møtt med interesse, ydmykhet for både det som kan uttrykkes og det som er vanskelig å sette ord på (selv innenfor det egne språket). Dette krever både det vi kaller kulturforståelse og kultursensitivitet. Dette må sies å være avgjørende for både det å gi hjelp og det å motta hjelp.

Kulturforståelse forutsetter en kompetanse og en evne til å se og forstå hvordan vi alltid allerede er «fanget» i vårt eget kulturelle perspektiv og at vi aldri uten videre kan forutsette at den vi skal hjelpe kan forstås innenfor våre egne kulturelle, språkmessige ramme. Kulturforståelse er anerkjennelse av at vi ofte ikke forstår det som pasienten opplever som avgjørende i forhold til et godt og meningsfullt liv. Kultursensitivitet som kompetanse og holdning handler om å opptre på en slik måte at vi som profesjonelle både anerkjenner vår egen tilkortkommenhet og den andres absolutte krav til å bli møtt med den interesse og omtanke og vilje til å forstå sammen. Denne viljen til å forstå handler i praksis om å åpne for måter til å komme til mening sammen på. Det krever med andre ord at vi gjennom opplæring og refleksjon blir bevisst gode kommunikasjonsmåter som gir rom for nettopp kulturforståelse. Vi må opparbeide forståelse av hvilket menneskelig fenomen kultur er for å kunne være kultursensitive.

For å tilfredsstillere lovens krav i helse- og omsorgstjenester er vi nødt til å utarbeide en overordnet strategi på at vi er en lulesamisk forvaltningskommune. Det må inn krav om lulesamisk språk og kultur kompetanse i strategiske kompetanseplaner, og det må etterspørres og stilles krav til godkjente tolker innenfor lulesamisk språk som kan være tilgjengelig når man trenger det. Rekruttering av lulesamiskspråklig personell, herunder helsepersonell, er en utfordring.

Norske myndigheter er forpliktet gjennom et omfattende lovverk å tilby den samiske befolkningen likeverdige tjenester. Like tjenester er ikke det samme som likeverdige tjenester, men likeverdighetsprinsippet skal sikre samiske pasienter en differensiert og tilpasset helsetjeneste som ivaretar det lulesamiske språk og kultur.

Å løfte det samiske perspektivet og utvikle Hamarøy til en nasjonal kompetansearena for lulesamisk språk og kultur er et ledelsesansvar både politisk og administrativt.

Det nye kommunestyret må gi rammene og retningen til nye forvaltningskommunen. Administrasjonen må iverksette kommunestyrets politikk.

Samelovens språkregler gir borgerne språklige rettigheter i møte med ulike offentlige organ. Det gjelder oversettelse av regler, kunngjøringer og skjema til lulesamisk, rett til svar på samisk, utvidet bruk av lulesamisk i rettsvesenet, utvidet rett til bruk av lulesamisk i helse- og sosialsektoren, individuelle kirkelige tjenester, rett til utdanningspermisjon og rett til opplæring i lulesamisk. Kommunens hjemmeside skal gi innbyggerne god informasjon om tjenestene og at dette presenteres på lulesamisk og norsk.

På enhetsnivå, og her i helse- og omsorgssektoren, er det også viktig at det samiske perspektivet er et lederansvar. Ledere og ansatte skal settes inn i og få muligheter til å reflektere over egne erfaringer i møtet med det lulesamiske.

Det er kommunene som skal oppfylle lovverket og tilby den lulesamiske befolkningen et godt tjenestetilbud. Et viktig funn i samisk språkundersøkelse er at det har stor betydning hvordan kommunene har valgt å arbeide for å forbedre språksituasjonen og hvordan arbeidet er organisert. Rapporten viser at kommuner hvor lokalpolitikere er positive til språkarbeidet, også er mer offensive i språkarbeidet.

Den lulesamiske befolkningen er få og det er ca. 700 som snakker lulesamisk. Både kommunen og Helse Nord har utfordringer med å gi helsetjenester tilrettelagt for den lulesamiske befolkningen.

5 Befolkningsutvikling

Kommunens tjenesteproduksjon er knyttet opp til ulike aldersgrupper. Selv om hele kommunens befolkning har behov for helse og omsorgstjenester gjennom livet, utgjør eldre over 80 år størsteparten av mottakerne av slike tjenester.

Etterspørselen etter tjenester er avhengig av hvordan ulike aldersgrupper utvikler seg. For helse og omsorgstjenestene vil utviklingen i aldersgruppene over 67 år, og spesielt de over 80 år, være en viktig indikator på behovet for helse og omsorgstjenester.

	2011	2015	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Innbyggere 0-5 år	172	159	120	142	145	139	137	138
Innbyggere 6-15 år	304	300	309	306	306	304	300	293
Innbyggere 16-19 år	173	159	124	125	119	128	129	126
Innbyggere 20-66 år	1 633	1 688	1 583	1 600	1 547	1 475	1 442	1 441
Innbyggere 67-69 år	102	129	135	127	110	109	101	81
Innbyggere 70-79 år	231	270	349	364	371	356	351	323
Innbyggere over 80 år	181	163	162	163	194	257	299	338
Innbyggere i alt	2 796	2 868	2 782	2 826	2 791	2 768	2 759	2 740

Tabell 1 - Utvikling av antall eldre 2011 - 2019

Selv om antall eldre over 80 år er redusert i perioden 2011-2019, tyder økningen av eldre mellom 70 - 79 år at Hamarøy står overfor en ny bølge eldre over 80 år. Antall eldre i aldersgruppen 70 - 79 år øker helt fram til 2025. Da øker denne gruppen med 140 personer, eller 60 %. Fra 2025 synker tallet på eldre mellom 70-79 år med 13 %, en moderat nedgang.

Samtidig begynner virkningen av økt antall 70 - 79 åringer. Mange er i ferd med å komme over i 80-åra, noe som bidrar til å øke antall eldre over 80 år. Vendepunktet er 2019/2020.

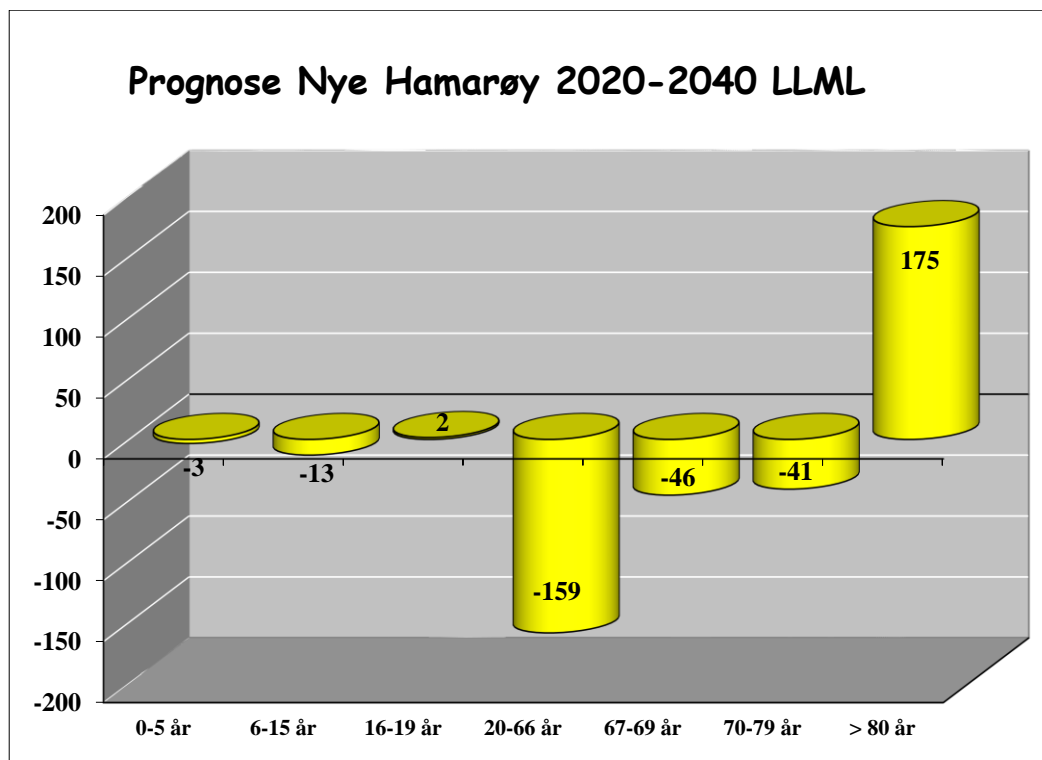
Perioden frem mot 2025 vil bli en krevende periode. Da øker antall personer over 80 år med 30 personer eller 18 %. Denne økningen kommer i tillegg til at gruppen 70 - 79 år vokser. Etter 2025 reduseres trykket fra aldersgruppen 70 til 79 år mens trykket fra eldre over 80 år øker. Fra 2025 til 2040 øker antall eldre over 80 år med 145 eller 75 %.

Fra 2020 til 2040 mer enn dobles antall eldre over 80 år, fra 163 i 2020 til 338 i 2040 en økning på 175 eller økning på 106 %.

Fra 2011 til 2019 økte andelen eldre av totalbefolkningen fra 14,7 % til 18, 4 %. I 2030 vil andelen eldre av totalbefolkningen være 26,1 % mens andel eldre i 2040 vil være 27, 1 %. Samtidig øker andelen eldre over 80 år betydelig. De neste ti årene står kommunen framfor store utfordringer med å gi et riktig tilbud til de over 80 år.

Samtidig med at antall eldre over 80 år øker kraftig vil antall i aldersgruppen 20 til 66 år (yrkesaktiv alder) reduseres med 159 fra 1600 i 2020 til 1441, en reduksjon på 11 %. Hvis prognosen slår til vil kommunen ha en fallende forsørgerbrøk. Samtidig reduseres innbyggertallet fra 2 826 i 2019 til 2 740 i 2040, en reduksjon på 86.

Ifølge prognosen vil aldersgruppen under 20 år være stabil fremover, med noe nedgang.



Figur 2 - Endringer i aldersgruppene fra 2020 - 2040

Grafen viser endringer i aldersgruppene fra 2020 til 2040. Som grafen viser er det størst endring i aldersgruppene 20 til 66 år og i de over 80 år.

En av de største utfordringene til den nye kommunen er økende antall eldre og da spesielt i aldersgruppen over 80 år, som vil mer enn doble seg fram mot 2040. Dette er i tråd med trenden nasjonalt. Nasjonalt vil den nye eldrebølgen utfordre både nasjonen og kommunenes økonomi. Kommunene kan ikke forvente full utgifts kompensasjon fra staten. Det vil kreve at kommunene omprioritere ressursbrukene mellom sektorene og finner fram til mere effektiv måte å drive sektoren på.

6 Nå analyse av helse og omsorgstjenester 01.01.2020

6.1 Institusjon, omsorgsboliger og kommunale boliger i helse

Sykehjemmet på Oppeid er gammelt og umoderne, det eldste i Nordland. Det ble bygget i 1970, og datidens sykehjem er ikke å sammenligne med dagens behov. Flere av rommene har ikke egne bad/toalett - og mange rom er så små at det ikke kan benyttes hjelpemidler. Sykehjemmet er heller ikke dimensjonert for moderne teknologi og velferdsteknologiske løsninger. Dette er i dag en stor utfordring.

Nåværende Hamarøy har liten kapasitet på heldøgns omsorgsplasser, og det fører til press på institusjonstjenestene. Manglende kapasitet på omsorgsboliger, korttids og rehabiliteringstilbud og tjenester til hjemmeboende gjør det vanskelig å flytte omsorgsbyrden nedover i omsorgstrappen. Tysfjords vestsida har i tillegg til press på hjemmetjenestene flere brukere med høyt omsorgsbehov som skulle vært på sykehjem. Flere søker seg til sykehjemmet på Oppeid. Samlet gir dette for Hamarøy 1.1.2020 press i hele omsorgstrappen.

Både nåværende Hamarøy kommune og Tysfjord er ROBEK-kommuner med forpliktende planer. Tysfjord kommune har i sin forpliktende plan vedtatt å bygge nye omsorgsboliger på Drag og flytte beboerne fra Storjord til Drag. Nåværende Hamarøy har i sin plan vedtatt at en avdeling med 3 plasser på sykehjemmet skal legges ned i 2019.

På kort sikt er det vanskelig å gjennomføre tiltakene, men det er et mål å legge ned sykehjemsplassene i 2020. Når og hvordan dette skal skje må samordnes med de justeringene i tjenestene som må gjennomføres etter sammenslåingen.

Det er for tiden ingen ledige omsorgsboliger eller sykehjemsplasser og begge kommuner har ventelister.

I dag er det pasienter som bor på sykehjem i Kjøpsvik, og som har bosted på Tysfjords vestsida. Det er usikkert hvor mange av disse pasientene som ønsker seg til Hamarøy kommune etter kommunesammenslåingen.

HVOR	KORTTIDSPASS INSTITUSJON (rehab og avlastning)	LANGTIDS- PLASS INSTITU- SJON	OMSORGSBOLIG MED HELDØGNS BEMANNING (OGSÅ FOR YNGRE BRUKERE UNDER 80)	OMSORGS- BOLIGER MED TILSYN	KOMMUNALE BOLIGER I HELSE OG OMSORG
OPPEID	2 (sykehjem)	23 (sykehjem)		10	11 (miniboliger)
DRAG			16 (ca 8 er yngre brukere)		3
ULVSVÅG				7	
STORJORD			7		3 (Østvika)
INNHAVET					6
SUM	2	23	23	17	23

Tabell 2 - Oversikt over institusjonsplasser, heldøgns omsorgsboliger og andre kommunale boliger i helse og omsorg per 20.05.19

6.2 Helsetjenester i hjemmet

Helsetjenester i hjemmet omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, personlig assistent, omsorgslønn, støttekontakt og hjelpemidler.

Helsetjenester i hjemmet for nåværende Hamarøy og Tysfjord vest har base både på Oppeid, Innhavet, Storjord og Drag. Disse basene dekker store geografiske områder. Nåværende Hamarøy leverer tjenester fra Skutvik i vest, Nordkil i nord, Finnøya og til Kråkmo i sør. Tysfjord leverer tjenester til områder fra Korsnes og Bognes i nord, Storjord, Drag i øst og Musken i sør. Helsetjenester til Musken må leveres med båt, noe som er en stor utfordring.

IPLoS er et nasjonalt helseregister. Dataene i registret beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om og mottar kommunale helse og omsorgstjenester.

Det rapporteres om høyere IPLoS skåre hos pasientene i begge kommunene (lavere funksjonsnivå = mer behov for bistand), og flere med demensdiagnoser enn før. Kommunen har begrensede muligheter til å ta inn personer på avlastning på sykehjemmet, og mangler et oppegående dagsentertilbud. Dette fører til stor belastning for pårørende og de nærmeste, spesielt for de som har omsorg for personer med stort omsorgsbehov.

Hjemmetjenesten har nattevakt på Storjord, Drag og Oppeid, (fire stillinger). Alle nattevaktene betjener ressurskrevende brukere, og kan derfor ikke levere tjenester ut til hjemmeboende ellers i kommunene. Manglende kapasitet på natten kan gi utfordringer med å ivareta hjemmeboende.

Nåværende Hamarøy og Tysfjord vest har 10 ressurskrevende brukere tilsammen, det er personer som har omfattende behov og trenger bistand gjennom store deler av døgnet. Antallet slike brukere er høyt i forhold til kommunens størrelse. Det gir personellmessige og økonomiske utfordringer at ressurskrevende brukerne er spredd på flere plasser.

Kommunen leaser biler og de ansatte bruker mye tid i bil for å besøke alle brukerne. Kommunen må se på hvordan kjørerutene kan gjøres mest mulig effektiv. Samtidig vil bilparken ikke være optimal etter sammenslåingen. Det må ryddes opp i leasingavtalene og når kommunen inngår nye avtaler må ansatte tas med når kravspesifikasjonen utarbeides.

Hjelpemiddelkoordinator, 1 årsverk, ligger under hjemmetjenesten i dagens Hamarøy, og håndterer alt med hjelpemidler i kommunen - helt fra utmålinger, bestilling, mottak av varer, utkjøring/innstallering og hente ut når behovet opphører. Tysfjords vestsida har 0,2 årsverk innen hjelpemidler. Det er svært stor belastning på denne tjenesten i begge kommuner, og ventetiden er lang for hjelpemidler.

Tysfjord kommune har 0,5 årsverk innen kreftsykepleie mens dagens Hamarøy har 0,4 årsverk. Tjenesten gis i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Tysfjord er ikke kommet i gang med innføring av velferdsteknologi. Nåværende Hamarøy kommune har så vidt kommet i gang med innføring av multidosesystem for medikamenter og mobil omsorg. Arbeidet er imidlertid kommet så kort at konklusjonen er at ingen av kommunene har kommet i gang med praktisk innføring av velferdsteknologi.

Den 1.1.2020 vil institusjon og hjemmetjenesten ha utfordringer med:

- Korttidsplasser/Avlastning/Rehabilitering
- Dagplasstilbud
- Kapasitet på heldøgnsomsorg
- ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold)

- Velferdsteknologi
- Rehabilitering i hjemmet - organisert
- Kapasitet til hjelpemiddelformidling
- Lulesamisk kompetanse
- Rekruttering av helsepersonell

6.3 Økonomi og årsverk omsorg

Netto utgifter og årsverk	2018	2019	Årsverk
Institusjon Hamarøy	27 100 443	22 834 210	40
Hjemmesykepleie Hamarøy	13 339 799	12 444 251	17
Hjemmehjelp Hamarøy	1 956 592	2 006 733	4
Ressurskrevende brukere Hamarøy	4 749 089	4 800 000	4,9
Åpen omsorg/Dragstunet	11 382 385	9 672 410	15,7
Åpen omsorg Storjord	4 481 012	4 793 892	10
Sum institusjon og åpen omsorg	63 009 320	51 751 496	92

Tabell 3 - Netto utgifter og årsverk

Nettoutgiftene til åpen omsorg vil anslagsvis beløpe seg til mellom 60 til 70 mill. kr med ca. 90 årsverk. I Tysfjord kommunes regnskap er det et ansvarsområde som heter Tilskudd ressurskrevende brukere med 17,9 årsverk og brutto utgifter i 2018 og 2019 på henholdsvis 15,3 og 14, 2 mill. kr. for vestsiden.

Hvis vi fordeler nettoutgiftene til Tilskudd ressurskrevende brukere etter folketall vil nettoutgiftene øke med ytterligere 7 mill. kr, noe som vil bringe netto utgifter opp mot 80 mill. kr. Det er en utgift kommunen må dekke av frie inntekter, dvs. skatt og ramme.

Sykehjemmet på Oppeid og åpen omsorg på Tysfjords vestside har slitt med høy rotasjon av ansatte, tidvis mange sykemeldinger og overskridelser på budsjettene. Det er en utfordring å få fram et godt bilde på økonomi, bemanning og brukerbelastning på Tysfjords vestside. Hjemmetjenestene i nåværende Hamarøy har tidvis hatt de samme utfordringene.

6.4 Miljøtjenesten

Miljøarbeid er opplæring og veiledning i dagliglivets gjøremål og sosiale ferdigheter. Miljøtjenesten skal fremme muligheter til læring, mestring og økt selvstendighet.

Miljøtjenesten har base på Drag og Oppeid. I dagens Hamarøy gis tjenesten på dagtid. Miljøtjenesten gir tjenester til pasienter med diagnosen utviklingshemming. Det er brukere som er over 18 år, som bor i egne boliger og har behov for veiledning og opplæring i dagliglivets gjøremål og sosiale ferdigheter. I dagens Hamarøy er det et klart skille mellom psykiatritjenesten og miljøtjenestenes oppgaver.

Miljøtjenesten på Drag er lokalisert i tilknytning til omsorgsboligene. Mange ansatte i tjenesten er knyttet opp mot personer som er ressurskrevende.

Miljøtjenesten Drag har samme verdigrunnlag som nåværende Hamarøy, mens grensen mellom psykiatritjenester og miljøtjenestene er overlappende. Tjenestemottakere som er over 18 år som bor i egne boliger og som har behov for veiledning og opplæring i

dagliglivets gjøremål og sosiale ferdigheter, både de med diagnose utviklingshemming og psykiatriske diagnoser får tjenester fra miljøtjenesten.

Utviklingshemmede skal ha et habiliteringstilbud, men dagens Hamarøy og Tysfjord mangler en koordinerende enhet. Tjenesten blir fragmentert og kunne vært bedre koordinert.

Den 1.1.2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- Ulik organisering av tjenesten
- Geografisk spredt tjeneste
- Mangler koordinerende enhet med fokus på habilitering
- Lite tverrfaglig samarbeid

6.5 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor

Tjenesten skal tilby helsestasjonstjeneste 0-5 år, skolehelsetjeneste i grunnskole og videregående skole, Helsestasjon For Ungdom (HFU) 13-20 år, samt svangerskapsomsorg.

Tjenesten har også ansvar for migrasjonshelse, Helsestasjon for eldre, smittevern (vaksinering mot sesonginfluensa/reisevaksinering/vaksinering av voksne).

Nåværende Hamarøy;

Det er per i dag 1,5 årsverk med helsesykepleiere som dekker alle oppgaver innen helsestasjon- og skolehelsetjeneste, samt HFU for ungdom mellom 13 og 20 år.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har tilgjengelig inntil 0,2 legeårsverk. Det er per i dag ikke merkantil ressurs tilknyttet tjenesten. Helsestasjon er lokalisert i helsehuset i tilknytning til legekontoret.

Det er 73 barn i alderen 0-5 år (født 2013 - 2018) som tilhører dagens Hamarøy Helsestasjon. Kommunen har 4 barnehager; Helsesykepleier skal følge opp barnehagene etter avtale.

Kommunens helsesykepleiere dekker skolehelsetjenesten ved Sentralskolen (133 elever i barne- og ungdomstrinn), Hamarøy Montessori skole (25 elever), Innhavet oppvekstsenter (27 elever i barne- og ungdomstrinn), voksenopplæringen og Knut Hamsun videregående skole (130 elever). Det er ikke tilrettelagte lokaler for helsesykepleier ute i skolene. Det er kun ved Sentralskolen og Knut Hamsun videregående skole at helsesykepleier har et fast kontor tilgjengelig.

Helsestasjonen samarbeider systematisk med tannhelsetjenesten, barnevernstjenesten, PPT, psykisk helse, kommunepsykolog, frisklivssentral, frivillighetssentral, politi, SANKS, BUP. Ledende helsesykepleier er koordinator for avtaler og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Drag / Tysfjord vest:

Det er 0,5 årsverk som helsesykepleier på Drag. Drag helsestasjon er samlokalisert med legekantoret.

Det er totalt 50 barn i alderen 0-5 år som tilhører Drag helsestasjon. Drag har to barnehager (en samiskspråklig og en norskspråklig). Storjord har en barnehage, men denne legges ned fra høsten 2019.

Per i dag bruker helsesykepleier lulesamisk tolk (oppmøtetolk) ved 2 og 4 års konsultasjoner hvor det gjennomføres språktest til barn som har lulesamisk som morsmål. Også i skolehelsetjenesten vil lulesamisk språkkompetanse være nødvendig.

Helsesykepleier har fast kontortid og skolehelsetjeneste ved Drag skole. Skolen har 121 elever. Per i dag er det skolehelsetjenesten i Ballangen kommune som har ansvaret for Storjord skole.

Hele Tysfjord kommune har jordmor-ressurs på 0,2 årsverk, denne prosenten dekker også nåværende Hamarøy kommunes kjøp av tjenester.

Den 01. 01. 2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- Legeressurs tilknyttet helsestasjonen/skolehelsetjeneste på Drag (ca. 0,2 årsverk)
- Jordmor (Det er viktig å få denne stillingen på plass, samt implementere jordmors kompetanse i helsestasjon-, skolehelsetjenestens og HFUs forebyggende arbeid).
- Manglende kapasitet i forhold til utfordringer som følge av Tysfjordsaken
- Manglende lulesamisk språkkompetanse hos helsesykepleier.
- Manglende Helsestasjon for ungdom (HFU), Drag.
- Manglende organisering og samhandling (manglende legeressurs ved helsestasjon/skolehelsetjeneste, samt ulike journalsystemer for helsesykepleier og lege på Drag).
- Manglende avvikssystem for helsesykepleier på Drag.

6.6 Legetjenesten, legevakt og kommuneoverlege

Dagens Hamarøy; Legekantoret ligger på Oppeid og deler lokaler med psykisk helse, NAV og helsestasjonen. Ansatte; 3 årsverk leger, 1 årsverk LIS1 (turnuslege), 2 årsverk helsesekretær og 0,2 årsverk diabetessykepleier.

Følgende oppgaver er fordelt på legene: 0,2 årsverk sykehjemslege, 0,2 årsverk helsestasjonslege, 0,1 årsverk daglig leder. I tillegg krever veiledning av LIS 1 mye tid av alle leger, da de har kvar på minimum 3 timers veiledning/uke.

På grunn av økt oppfølging, mange kommunale oppgaver, stor belastning på legevakt og flere pasienter, har legekantoret kapasitetsproblemer. Det er lang ventetid og lav kapasitet på hjelpepersonellet. Legekantoret på Oppeid tilfredsstill ikke dagens krav fysiske utforming.

Legevakt mandag - torsdag på dag og kveldstid er på Oppeid. Per tiden organisert som 3-delt hjemmebasert legevakt. Natt og helg er sammen med Tysfjord og Steigen i interkommunalt samarbeid på Innhavet. Natt og helgevaktene har tilstedeplykt og er 9-delt. Ved tilstedeplykt har legene krav på fri etter nattevakt.

Dagens Hamarøy mangler tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD). Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 gjelder dette også for pasienter med psykiske og rusmiddelproblemer.

Nåværende Hamarøy kommune har i dag 0,4 årsverk ressurs kommuneoverlege. Denne funksjonen er også lovpålagt, og er hjemlet både i Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Kommunen skal legge til rette for at kommuneoverlegen får spesialistutdanning i samfunnsmedisin og at alle kommunalt ansatte leger er under spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Alle legene er i gang med sin spesialisering.

Drag; Legekontoret ligger sentralt på Drag. Ansatte; 1 årsverk lege, 1,1 årsverk helsesekretær. Tysfjord vest har hatt lang vakanse på denne stillingen, og det er ofte innleide legevikarer som ivaretar fastlegeoppgavene. Det er ikke LIS 1 knyttet til legekontoret. Det er heller ikke ansatt kommuneoverlege i Tysfjord, denne tjenesten kjøpes fra Narvik kommune. Det er usikkert i hvor stor grad legetjenesten benytter tolk for å forstå pasientene. Noen pasienter har med pårørende som kan fungere som tolk ved behov. Behovet er ikke kartlagt, men det er et inntrykk av at pasienter også har med pårørende som «kulturtolk» for å få legen til å forstå hva som er helseproblemet, og dermed komme frem til adekvat behandling. Tjenesten bør ta i bruk tolketjenester på eget initiativ og ikke overlate avgjørelsen til pasienten.

Legevakt lokalt på dagtid og kveldstid mandag - torsdag deles med østsiden av Tysfjord, legevakt natt og helg er i samarbeid med dagens Hamarøy og Tysfjord på Innhavet.

Tysfjord kommune kjøper ØHD plass i Narvik.

Utgiftene til legetjenesten i Tysfjord er fordelt etter innbyggertall. Hvordan årsverkene blir fordelt avklares senere. I årsverksberegningen inngår dagens bemanningsplan på Drag.

Dagens Hamarøy og Tysfjord kommune er i ferd med å inngå et § 28 samarbeid om legekontor, helsestasjon og skolehelsetjenesten på Drag noe som vil bety noe endring i bemanning.

Den 1.1.2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- For liten og sårbar legeressurs for å dekke legevakt (Interkommunal legevakt med Steigen opphører 31.12.19)
- To legekontor, dårlige utformede og til dels gamle lokaler. De nye reglene for spesialistutdanningen gjør at en lege i spesialisering ikke kan få tellende tjeneste i en "solopraksis" da daglig tilgang til legekolegium og veiledning kreves.
- Mangler ØHD plass.
- Velferdsteknologiske løsninger mot spesialisthelsetjenesten
- Man regner med at den nye kommunen vil ha rekrutteringsvansker i legetjenesten, grunnet geografisk lokalisasjon og "fastlegekrisen".
- Flere leger som er i ressurskrevende spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin - som er et lovkrav
- Mangel på spesialist i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin.
- Bakvaktsskrav for ikke spesialist på legevakt.
- Økte krav på veiledning av LIS 1 og LIS 3 (Allmennlege i spesialisering)

- Legekontor på Drag - forskjellige driftspraksis. Langvarig vikarbruk - gir utfordringer i økt problematikk med journalføring, medisiner, oppfølging etc - det estimeres minimum 1-2 år å rette opp i problemer tilknyttet dette. Man vil da regne med økt belastning på denne fastlegelisten.
- Utilstrekkelig tilbud i psykisk helse og rus - gir økt belastning på legekontor og pasienter.
- Manglende lulesamisk kultur/språkkompetanse.
- Manglende tillit til helse- og omsorgstjenester fremfor alt i Tysfjord kommune og det lulesamiske samfunnet.
- Manglende kompetanse i traumebehandling/behandling og oppfølging av overgrepsofre, pårørende og overgripere.
- Mangler (lovpålagt) ROS-analyse for kommunens legevakt.

6.7 Fysioterapi, folkehelse og frisklivssentral

Folkehelsearbeid skal inngå i kommunens planlegging på høyt strategisk nivå. Det er viktig at folkehelsekoordinator jobber på tvers av sektorer, og at folkehelsearbeidet blir vektlagt når kommunale planer lages.

Hamarøy frisklivssentral er lokalisert på Oppeid. Folkehelsekoordinator i full stilling er knyttet opp mot frisklivssentralen, stillingen er delt mellom folkehelsekoordinator og leder for frisklivssentralen. Det er i tillegg en fysioterapeut tilknyttet frisklivssentralen. Denne stillingen er delt mellom frisklivsoppgaver og helse- og omsorgsoppgaver. I tillegg er det serviceverter og treningsinstruktører som er ansatt kun på sentralen, ca.0,35 årsverk til sammen.

For å gi et godt bilde på hva frisklivssentralen jobber med, viser vi til veilederen for frisklivssentraler (Helsedirektoratet 2011) og folkehelseloven.

I dag skrives det henvisning på frisklivsresepter til frisklivssentralen. Slike henvisninger skrives av både leger, psykisk helse, NAV og helsestasjonen. Hamarøy frisklivssentral har hatt varierende kapasitet til å ta inn brukere, og har hatt stor økning i antall henvisninger siste året.

Vi ser at kapasiteten til fysioterapeut er liten i forhold til helse og omsorgsoppgaver. Pasienter blir skrevet tidlig ut fra sykehus, og rehabiliteringstjenesten på sykehjem er svært viktig for å få pasienten videre utskrevet til eget hjem. Ventetid for poliklinisk behandling med fysioterapi er svært lang.

Drag har ett årsverk kommunal fysioterapeut, men denne stillingen har stått vakant over lengre tid. For Tysfjord er frisklivssentralen lokalisert i Kjøpsvik. Dette ansvarsområdet skal deles mellom Hamarøy og nye Narvik og det forutsettes av fysioterapistillingen på Drag blir værende på Drag. Med vel 1000 innbyggere fra Tysfjord og ingen midler fra Tysfjord til frisklivssatsing gir tjenesten utfordringer. Enten må da bevilgningen økes eller tilbudet vannes ut.

Tjenesten i begge kommunene består av ca. 3 årsverk, 1 vakant fysioterapiårsverk på Drag, 1 fysioterapeut på Oppeid og en folkehelsekoordinator.

Den 1.1.2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- Kapasitet fysioterapi - Utilstrekkelig tilbud for rehabilitering/habilitering.
- Ergoterapeut rekruttering, lovpålagt fra 2020

6.8 Psykisk helse

Psykisk helse og rus tjenesten i dagens Hamarøy kommune har 2,8 årsverk. Tjenesten er for tiden uten faste kontorer og er lokalisert på to plasser på Oppeid; Hamarøy internasjonale senter og helsesenteret på Oppeid. Tjenesten har ofte hjemmebesøk som fører til mye reisetid for de ansatte. Tjenesten har ansvar for oppfølging og behandling av pasienter i alle aldrer med psykiske utfordringer/vansker i kommunen. Rapporten Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018 fra SINTEF³ viser at Nordland fylke i gjennomsnitt har 3,1 ansatte i psykisk helse og rus per 1000 innbyggere. Nåværende Hamarøy ligger godt under det nivået.

Psykisk helse og rustjenesten på Tysfjord vestsida har kontor på Drag, men også de reiser mye rundt i området. Det er tre ansatte i tjenesten på vestsida av Tysfjord kommune i tilsammen 2,6 årsverk.

Både i dagens Hamarøy og Tysfjord vestsida arbeider de ansatte dagtid fra mandag til fredag. Kontorene på Drag er uegnede til samtaler med brukere fordi det er svært lytt og taushetsplikt og konfidensialitet ikke kan sikres. At tjenesten er spredd på to plasser på Oppeid vanskeliggjør samarbeid og gir lavere faglig kvalitet i tjenesten.

I begge kommunene er kapasiteten for liten i forhold til behovene. Det er stor pågang, med venteliste for tjenester. Forebyggende arbeid f.eks. overfor barn- og unges psykiske helse er nedprioritert, slik situasjonen er nå. Det er ca. 40 brukere med vedtak om tjenester innen psykisk helse og rus på Tysfjord vestsida. I dagens Hamarøy er det ca. 70 brukere som har vedtak. I tillegg til disse brukere tilbyr dagens Hamarøy og Tysfjords vestsida rask psykisk helsehjelp (RPH). Tysfjordsaken har ført til økt behov av psykiske helsetjenester, blant annet på grunn av økt alkoholmisbruk. Kommunal psykiatritjeneste får større ansvar for behandling og vanskeligere oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere.

Psykisk helse og rustjenesten i nåværende Hamarøy har over flere år hatt samarbeid med Tysfjord- og Steigen kommune i et interkommunalt prosjekt som RPH, Kommunepsykolog, Fleksibelt Assertive Community Treatment (FACT) og implementering av Feedback Informerte Tjenester (FIT).

RPH er et evidensbasert, lavterskel behandlingstilbud etter trappetrinnsmodell, der pasienter med lette til moderate psykiske problemer, så som depresjoner, angst, rusproblemer og søvnvansker tilbys. Hjelp til selvhjelp (internetterapi) er på det laveste trappetrinnet og individuell kognitiv psykoterapi i inntil 15 timer på det høyeste. Dagens Hamarøy kommune har to kognitive terapeuter og Tysfjord vestsida har en kognitiv terapeut. Kommunepsykologen er under utdanning for å bli kognitiv terapeut. RPH-teamet i Nord Salten er det første RPH-teamet nord for Steinkjer.

FIT er et system for å sikre brukermedvirkning på individ- og system nivå med hensikt å øke kvaliteten og effekten av den behandling som gis. FIT er under implementering i psykisk

³ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf

helse og rustjenesten i dagens Hamarøy og Tysfjord og i helsesykepleiertjenesten i dagens Hamarøy.

FACT er et behandlingstilbud til de aller mest behandlingstrengende pasientene, som i tillegg til alvorlige psykiatriske sykdommer (psykoser, bipolare lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, alvorlig rusproblematikk) har et svært lavt funksjonsnivå som trenger tjenester fra mange forskjellige tjenester. Prosjektet finansieres delvis av fylkesmannen på oppdrag av helsedirektoratet. FACT-teamet består av den kommunale psykiatri og rustjenesten i dagens Hamarøy og Steigen kommune, spesialisthelsetjenestene ved Salten DPS ved Nordlandssykehuset og Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helse og rus (SANKS) ved Finnmarkssykehuset. Nord Salten FACT er med i et forskningsprosjekt der en spesielt ser til hvordan FACT-modellen fungerer i et ekstremt ruralt og lite befolket område, med svært lang reisetid til spesialisthelsetjenesten. Det brukes stor grad av teknologiske hjelpemidler i FACT.

Hamarøy- Steigen og Tysfjord kommune har samarbeidet om å ansette kommunepsykolog. Kommunepsykologen arbeider i prosjektene RPH og FACT samt er veiledere i FIT. Psykologen har også samarbeid med helsesykepleier i arbeid med barn/ungdommer og deres familier. Fra 2020 er det lovpålagt at kommunene skal ha tilgang til psykologkompetanse.

Den 1.1.2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- Manglende kapasitet i forhold til utfordringene som følger av Tysfjordsaken
- Økende mengde pasienter i hele kommunen
- Mangler ØHD plass
- Miljøarbeid i psykisk helse og rus er mangelfull
- Stillinger som finansieres med hjelp av prosjektmidler gir lite forutsigbare tjenester
- Tildelingskontoret sin rolle er uavklart og det kan oppleves som utfordrende med tanke på tillit i befolkningen
- Mangelfull lulesamisk språkkompetanse og kulturkompetanse
- Hvordan få en sammenhengende tjeneste, der faglig utbytte og samarbeid sikres i den nye kommunen
- Å rekruttere kompetente fagfolk

6.9 Tildelingskontor

Dagens Hamarøy har 1,4 årsverk tilsatt på tildelingskontoret. Kontoret gjør enkeltvedtak gjennom forvaltningsloven etter helse og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven. Tildelingskontoret har etter delegering fra rådmann fullmakt til å fatte vedtak etter nevnte lovverk. Tildelingskontoret er plassert på kommunehuset på Oppeid i administrasjonen.

Tysfjord vest har ikke eget tildelingskontor, men gjør vedtak selv i de ulike enhetene etter felles inntaksmøte mellom enhetene.

Den 1.1.2020 vil den nye kommunen ha utfordringer med:

- Manglende lulesamisk språkkompetanse
- Kapasitet til å håndtere 1000 flere innbyggere

6.10 Barnevern

Nord-Salten barnevern ble opprettet 01.01.2012 som et interkommunalt samarbeid mellom dagens Hamarøy og Tysfjord kommune, etter § 28 i kommuneloven. Tysfjord kommune er vertskommune. I januar 2019 ble det innledet et samarbeid om akuttjenesten til barnevernet med Fauske kommune, også her gjennom §28 samarbeid. Fauske kommune har også ansvaret for akuttjenesten for vestsiden Tysfjord.

Nord-Salten barnevern har per i dag 8 årsverk, inkludert ett årsverk barnevernsleder og 0,5 årsverk merkantil. I budsjettet har dagens Hamarøy 2,75 årsverk, mens Tysfjord har 2,25 årsverk. I tillegg finansierer fylkesmannen tre årsverk, ett til dagens Hamarøy kommune og to til Tysfjord kommune. Netto utgifter til drift av barnevernet var i 2018 7,0 mill. kr mens det er budsjettet med 7,3 mill. kr.

Selv om bemanningen i Nord-Salten barnevern (ut fra innbygger-tallet) er blant de beste i landet, strever barneverntjenesten tidvis med fristbrudd, og at mange av barna som er under omsorg mangler omsorgsplan. I tillegg er det i dag sykemeldinger/permisjoner som presser tjenesten ytterligere. Barnevernet hjelper utsatte barn som har behov for tiltak. Barnevernet er et fagfelt tilknyttet et strengt lovverk, med sterke rettigheter til barna. En sårbar og presset tjeneste kan gi utfordringer med å følge lovverket fullt ut, noe som kan medføre at kommunen kan havne i en situasjon der den har et erstatningsansvar.

Dagens barnevern er bemannet med personer med generalistkompetanse. Spesialistkompetanse og juridisk bistand må som regel kjøpes eksternt. Det er et stort behov for å samarbeide med et større fagmiljø.

6.11 Økonomi og årsverk - helse

	2 018	2 019	Årsverk
Jordmortjeneste	63 386	319 999	0,2
Helsestasjonen	2 107 800	1 841 023	1,5
Helsestasjon Drag	508 968	580 939	0,5
Hamarøy frisklivssentral	533 455	659 437	1,0
Andel friskliv Tysfjord	278 542	145 042	
Fysioterapi Oppeid/Drag	882 360	900 000	2,0
Tysfjord andel legetjeneste	5 104 868	4 389 505	2,1
Hamarøy legetjeneste	7 272 355	8 047 463	6,2
Psykiatritjenesten Drag	1 176 629	2 274 758	2,6
Psykiatritjenesten Oppeid	409 412	2 150 178	2,8
Miljøtjenesten Oppeid	3 058 149	3 210 026	3,0
Miljøtjenesten Drag			10,0
Tildelingskontoret	787 225	841 030	1,4
Sum Helse	23 629 658	25 359 400	24

Tabell 4 - Økonomi og årsverk - helse

Tysfjord kommune har ikke noe eget ansvar for miljøtjenesten, både midler og ansatte er inkludert i åpen omsorg. I tillegg kommer utgiftene til barnevernet. Barnevernet Tysfjord må deles mellom øst og vestsiden.

Helse, inklusive barnevernet vil ha en ramme på ca. 30 mill. kr med ca. 30 ansatte. Med omsorgstjenestene vil helse og omsorgskapitlet ha en totalramme på ca. 100 - 110 mill. kr, med 130 årsverk.

7 Fremtidige utfordringer

7.1 Behov og behovsendringer

Det er i hovedsak to ytre faktorer som påvirker etterspørselen etter omsorgstjenester

1. Utviklingen i antall eldre - dekningsgrad
2. Økningen av demenssykdommer
3. Framtidig sykdomsbilde og økt ansvar i primærhelsetjenesten

1. Dekningsgrad

Den 1.1.2020 vil kommunen ha 40 plasser som er disponert til heldøgnsomsorg. Det gir en dekningsgrad på 24,5% i 2020. En dekningsgrad viser hvor mange heldøgnsomsorgsplasser som er satt av per 100 personer over 80 år. Det betyr at i 2020 har kommunen 24 boliger (i institusjon eller heldøgns omsorg) per 100 personer over 80 år. Hamarøy står foran mer enn en dobling av antall eldre fram mot 2040. Hvis kommunen ikke øker antall institusjonsplasser/heldøgns omsorgsboliger vil dekningsgraden gå ned når antall eldre øker. I 2025 faller dekningsgraden til 20,7, dvs. 21 av hver 100 eldre over 80 år vil kunne tilbys heldøgns omsorg. I 2040, når antall eldre over 80 år er doblet fra dagens nivå vil kommunen bare kunne tilby 12 heldøgnsomsorgsplasser per 100 over 80 år.

	2020	2025	2030	2035	2040
Innbyggere over 80 år	163	194	257	299	338
Dekningsgrad 40 plasser	24,5	20,7	15,6	13,4	11,8
Dekningsgrad 20 %	33	39	51	60	68

Tabell 5 - Dekningsgrader

Det er ingen nasjonale normer for hva dekningsgraden for heldøgns omsorg bør være. Tradisjonelt har kommuner på Hamarøys størrelse hatt en dekningsgrad opp mot 25%, men innføringen av velferdsteknologi kombinert med rehabilitering i hjemmene har gjort det mulig å holde selv tungt pleietrengende lengre hjemme. Noen kommuner bygger i dag institusjoner uten de tradisjonelle sykehjemsplassene, men satser tungt på åpen omsorg.

Beslutningen om hvilken dekningsgrad kommunen bør ha vil definere kommunens kapasitet for på heldøgns plasser. Trenden er at dekningsgraden går mot 20%. Hvis Hamarøy ønsker å bevege seg i samme retning tilsier de et behov for 33 heldøgns omsorgsplasser i 2020, 39 i 2025 og 68 i 2040.

Dekningsgraden må sees i sammenheng med åpen omsorg og de satsinger som gjøres der. Behovet for heldøgns omsorgsplasser er avhengig av hvor hardt kommunen satser på åpen omsorg. De fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig, og økonomisk er det billigere å gi tjenester i hjemmet. Heldøgns omsorgsplasser og institusjonsplasser er de dyreste tjenestene. Dekningsgraden vil være avhengig av om kommunen greier å flytte og holde omsorgstydgen på lavest mulig nivå i omsorgstrappen.

2. Økningen av demenssykdommer

Demenssykdom er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem i Norge. Det finnes ingen dokumentert effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demenssykdommene. Innsatsen rettes inn mot å lindre følgetilstander som depresjon, uro og angst. Det er et mål å utsette innleggelse på institusjon så lenge som mulig. Tidlig

diagnostisering og samhandling med pårørende kan bidra til et lettere forløp.

Personer som rammes av demens blir gradvis sykere. Hos noen utvikles sykdommen raskt (2-3 år), hos andre langsomt (8-10 år)⁴. Man regner med at ca. 84 % av de som bor på sykehjem i dag har en grad av demenssykdom, og over 40 % av de over 70 år som får hjemmetjenester har demens.

Folkehelseinstituttet har økt anslaget på demente fra 70 000 til mellom 84 000 og 104 000 i Norge. Det gir en antatt forekomst av demente på ca. 2 %.

Antall personer med demens øker med alderen. SSB har gjort en statistisk framskriving av demensforekomst for utvalgte aldersgrupper fra 65 år til 90+ år.

Kjønn	Alder						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Menn	1.4	2.3	3.7	6.3	10.6	17.4	33.4
Kvinner	1.9	3.0	5.0	8.6	14.8	24.7	48.3
Alle	1.6	2.6	4.3	7.4	12.9	21.7	43.1

Tabell 6 - Alders- og kjønnsesifikke anslag for forekomst av demens (%) i Norge.

Aldersgruppe	Andel %	2020	2025	2030	2035	2040
65-69 år	2,6	5	5	5	5	4
70-74 år	4,3	9	8	8	8	7
75-79 år	7,4	11	14	12	13	12
80-84 år	12,9	10	15	20	17	18
85-89 år	21,7	10	10	17	24	20
90 år +	43,1	17	13	13	20	31
SUM		63	66	75	86	91

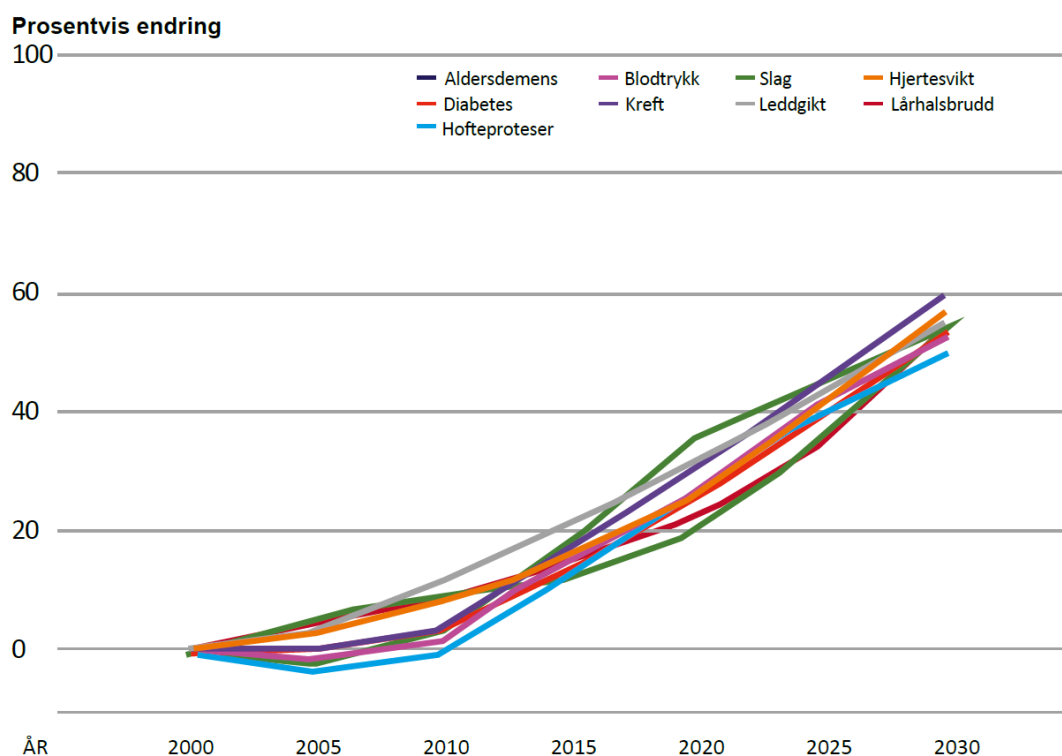
Tabell 7 - For Hamarøy vil forekomst av demens gi følgende bilde til 2040.

Ut fra denne beregningen vil det bli opp mot 75 % økning av demente i 2040. Demenstilbudet i dagens Hamarøy og Tysfjord vest er underdimensjonert og ikke tilstrekkelig tilrettelagt for de som har behov for ekstra omsorg. Dagsenter for demente er lovpålagt fra 2020 og dette tilbudet har ikke kommunene i dag.

⁴ Alderspsykiatrisk forskningssenter «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens», 2015.

3. Endret sykdomsbilde og større krav til behandling i primærhelsetjenesten

Med samhandlingsreformen kom krav til kommunen om at vi skal behandle flere i kommunene. Et av målsetningene med samhandlingsreformen var å øke kompetansen i primærhelsetjenesten, og da unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Vi vet at i fremtiden kommer kapasiteten innen helsetjenestene i hele Norge til å være svært presset, og kommunene er nødt til å behandle mer avanserte sykdomsbilder.



Figur 3 - Endring i sykdomshyppighet for den eldste del av befolkningen

Utfordringer;

Forbyggende helsetjenester; Fokus er på «holdningsskapende arbeid»; klinisk ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin, samfunnsvitenskap og samfunnspsykologi. Men også helsesykepleie, og forbyggende tjenester som jordmor og folkehelsearbeid.

Eldreomsorg/Geriatri/Gerontologi; Vi blir dobbelt så mange eldre om kort tid. Med flere eldre kommer flere komplekse og sammensatte helseutfordringer og livsstilssykdommer innen geriatri, alderspsykiatri, demens. Økt levealder er den største risikofaktor for psykiske og somatiske sykdommer. Økningen i antall eldre vil i seg selv føre til økning av hjertesvikt, samt økt forekomst av hjerneslag. Det gjelder de fleste større kreftsykdommer, slitasjesykdommer i muskel- og skjelett (som slitasjegikt og osteoporose), diabetes type 2, urinlekkasje, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), sansetap, samt alderspsykiatriske sykdommer som eksempelvis depresjon og demens⁵.

⁵ IS 1966 - helsedirektoratet

Kroniske lidelser; Det er varslet økt forekomst av fedme (hjerte/kar og diabetes), lungesykdommer, allergier, angst og depresjon. Det er en økning også med overvekt hos barn.

Helsetjenester til mennesker med utviklingshemming; Denne brukergruppen har en høyere levealder i dag, og i fremtiden. Personer med Downs syndrom har økt sin levealder fra 20 år til 60 år på relativt kort tid. Type «ressurskrevende brukere» eller brukere med store sammensatte behov vil øke i fremtiden i takt med økt levealder og sykdomsutvikling.

Psykisk helse - rus; Folkehelsa anslår at ca. halvparten av befolkningen vil rammes av én psykisk lidelse i løpet av livet. Det er en økning i psykiske problemer i ung alder. Med flere eldre forventes det en økning i diagnosene depresjon og angst, men også generelt i befolkningen. Selvmord er den vanligste dødsårsaken i Norden i befolkningen mellom 15-49 år, og er mer vanlig enn bilulykker, kreft og hjertesykdommer, ifølge folkehelseinstituttet 2016.

Innvandrere; «Som gruppe har innvandrere dårligere helse enn andre i Norge. SSB viser at det er særlig psykosomatiske og psykiske plager som skiller innvandrere fra befolkningen for øvrig. Ser vi på psykiske plager viser SSB-undersøkelsen at symptomer på psykiske problemer ligger på 9 % i hele befolkningen, mens andelen er tre ganger så høy blant innvandrere. Barn av innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn etnisk norske barn». IS1966

Overvekt; De siste årene har andelen pasienter/innbyggere med fedme og overvekt økt kraftig. Utviklingen benevnes i media og i faglitteratur som en “fedmeepidemi”. Om lag 25 prosent av mennene og 21 prosent av kvinnene i alderen 40-69 år har fedme. Til sammen har flertallet overvekt eller fedme, andelen er størst blant menn. Ca. 50 % av de med fedme har alvorlig fedme. Følgesykdommer/følgetilstand av fedme er mange, deriblant angst, leddsmerter, artrose, redusert livskvalitet, sosial isolasjon, depresjon, type 2 diabetes, høyt blodtrykk, nattlig pustestopp, lungesykdom, polycystisk ovariesyndrom, hjerteinfarkt og hjerneslag. Ved siden av røyking, er usunt kosthold og høyt blodtrykk de påvirkbare risikofaktorene som fører til flest dødsfall i den norske befolkningen. Andelen med overvekt er 30 prosent høyere blant barn av mødre med kort utdanning enn barn av mødre med lang utdanning. Andelen med bukfedme følger det samme mønsteret. Andelen med overvekt og fedme er også høyest blant voksne i grupper med den korteste utdanningen.

Palliativ pleie; Det er en økt satsning innen lindring og kreftomsorg. Dette for å imøtekomme behov for koordinering og veiledning i aktiv behandling, pleie og omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Retten til å fullføre et liv og dø hjemme benyttes av stadig flere. Helsedirektoratet har kommet med anbefalinger for lindrende behandling i livets slutfase. Kommuner og helseforetak er ansvarlig for at kravene i de faglige rådene følges, herunder å gjennomføre tiltak for å endre praksis. Implementering av anbefalingene kan blant annet kreve opplæring av ansatte, utvikling av interne prosedyrer, rutiner og verktøy, endret organisering og utvikling av nye tilbud og bedre samspill med pasienter og pårørende.

7.2 Å flytte omsorgstyngden ned i omsorgstrappen - BEON prinsippet

BEON står for beste effektive omsorgsnivå. Det betyr at det mest effektive nivået skal stå for forebygging, omsorg og behandling av sykdom.

Hamarøy kommune har både på kort sikt og litt lengre sikt utfordringer med å etablere en omsorgstrapp som er best mulig egnet til å håndtere den økende mengden eldre. Hamarøy kommune må øke kompetansen og kapasiteten på de tjenestene som gjør at folk kan bo hjemme lengst mulig. I dag opplever dagens Hamarøy kommune press på institusjonsplasser fordi de mangler kapasitet lengre ned i trappa, mens vestsiden av Tysfjord har mange eldre med stort pleiebehov som bor hjemme eller i omsorgsbolig. Samtidig vil den nye kommunen i utgangspunktet ha fire baser for hjemmetjenestene. Det er behov for å justere tjenestene på kort sikt og arbeide med å styrke kapasiteten i åpen omsorg.

Nasjonalt holder helse og omsorgssektoren en høy innovasjonstakt. Nye teknologiske løsninger er i ferd med å revolusjonere tjenesten. Velferdsteknologi tas i bruk på stadig flere områder og i stadig større omfang. Velferdsteknologi vil, sammen med økt satsing på hverdagsrehabilitering i hjemmet og tidlig forebygging være viktige satsingsområder for å håndtere eldrebølgen. Digital teknologi gjør det mulig å organisere tjenestene på en mer effektiv måte. Satsing på hverdagsrehabilitering gjøre det mulig å bo lengre hjemme. Fra staten er det forutsatt at frivillige lag og foreninger vil få en viktig rolle i framtidens eldreomsorg. Å mobilisere tidlig til å ivareta helsen gjennom ernæring, mosjon og sosialt samvær er viktige folkehelseiltak.

For å tilby beboerne i kommunen helsehjelp i nær tilknytning til hjemmemiljøet, må Hamarøy kommune ta i bruk hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og frivillighet. Kommunen har geografiske og demografiske utfordringer som er krevende.

7.3 Endring i funksjonsfordeling - samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen omdefinierer forholdet mellom Hamarøy kommune og Nordlandssykehuset. Pasienter inne i spesialisthelsetjeneste skrives stadig tidligere ut fra sykehusene. De er ferdig hos spesialisten, men ikke ferdigbehandlet. Kommunen må overta sykehusoppgaver. Det betyr økt kapasitet og økt kompetanse. Nordlandssykehuset skal kutte antall liggedøgn med 90 000 de nærmeste årene. Pasientene er ferdig hos spesialisthelsetjenesten, men ikke ferdig behandlet. Samtidig kommer ansvaret for rehabilitering etter sykdom til å bli flyttet over til kommunene. Det vil føre til at sykere pasienter vil bli overført til kommunene for rehabilitering. I praksis består en del av samhandlingsreformen å overføre oppgaver fra Nordlandssykehuset til kommunen. Det krever økt kompetanse og økt kapasitet hos helsepersonellet i kommunen.

I 2018 hadde dagens Hamarøy 84 overliggedøgn på Nordlandssykehuset, det vil si pasienter som er utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten, men som vi ikke har kapasitet til å ta imot fordi kommunen mangler korttids/rehabiliteringsplasser. Antallet forventes å øke i 2019.

7.4 Kompetansebehov

Kompetanse er grunnleggende for å møte fremtidens utfordringer. Etter samhandlingsreformen og med fremtidens befolknings- og folkehelseutvikling, er det helt nødvendig for kommunen å ta denne utfordringen på alvor. I følge prognosene skal vi bli flere og flere som trenger helse og omsorgstjenester, mens færre og færre kommer til å være i yrkesaktiv alder. Vi er helt avhengige av å rekruttere fagfolk med rett kompetanse, men vel så viktig er det å beholde de vi har.

Nasjonalt varsles det om både fastlegekrise⁶ og sykepleiermangel. I følge NRK⁷ (2018) kan vi på landsbasis mangle minst 75 000 sykepleiere i 2030. Disse varslingene er kritiske, og kommunen er nødt til å legge strategiske fremtidsrettede rekrutterings og kompetanseplaner.

Hvis vi antar at ansatte i helse- og omsorgstjenesten jobber til de er 65 år (snitt), kan vi gjøre en beregning på rekrutteringsbehov framover. Jo lengre inn i framtiden vi ser på matrisen, jo større usikkerhet knytter det seg til antall ansatte som går av med pensjon da det er en rekke usikre faktorer som bosetting, sykefravær, permisjoner, uføretrygd, jobbskifte etc. I denne framskrivingen har vi beregnet når dagens ansatte (pr. januar 2019) blir 65 år.

Av 124 ansatte pr 01.2019	2020	2025	2030	2035	2040
Fyller 65 år	6	21	43	53	68

Tabell 8 - Framskrivning: Når dagens ansatte blir 65 år.

Mot 2025 er det 18 med fagutdanning og *direkte brukerrettet stilling* som fyller 65 år og mange av disse er helsefagarbeidere (hjelpepleiere). Det er også 3 sykepleiere som fyller 65 år i denne perioden.

Videre ser vi at det i 10-årsperioden fra 2025-2035 kommer et stort antall som fyller 65 år (53 av dagens ansatte i 2035).

Vi har kun tatt med dagens Hamarøy kommune, da vi ikke har sikre tall fra Tysfjord vest. Det at ansatte går av med pensjon kommer i tillegg til at vi får økt behov for kompetanse på flere områder, både generell og spisskompetanse.

Primærhelsetjenestemeldingen fra regjeringen (Stm26) sier at «Regjeringen mener at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov. Loven bør derfor liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha»:

FRA 2018	Fysioterapeut Jordmor Helsesykepleier Lege (kommuneoverlege) Sykepleier
FRA 2020	Psykolog Ergoterapeut

Tabell 9 - Lovpålagt kompetanse ifølge primærhelsetjenestemeldingen fra regjeringen

For Hamarøy mangler vi lovpålagt kompetanse innen jordmor og ergoterapeut. Det er i gang et arbeid med å rekruttere jordmor med økonomiske tiltak. For ergoterapeut er det søkt om kompetansemidler fra fylkesmannen, men dette er ikke innvilget enda.

⁶ <https://www.nrk.no/finnmark/fastlegekrise-over-hele-landet-1.14528169>

⁷ <https://www.nrk.no/troms/-sykepleiermangelen-er-en-nasjonal-krise-1.13980340>

7.4.1 Kompetansekrav til leger

Arbeidsgruppen ble bedt spesielt om å si noe som kompetansekrav til lege og legevakt.

Det er krav i «forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som legger standard for hvilken kompetanse som kreves for fastlege og lege i legevakt. Lovens §3 sier at;

«Kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven

a) har spesialistgodkjenning i allmenmedisin

b) er under spesialisering eller

c) har godkjenning som allmennpraktiserende lege etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits».

Dette gjør at kommuner er nødt til å legge til rette for at leger som ikke er under bokstav c i lovteksten, gjennomfører spesialistutdanning.

Etter 01.01.2020 må leger være godkjent etter kompetansekravene under §7 i akuttmedisinforskriften for å gå selvstendige vakter på legevakt. Leger som ikke er godkjent etter loven må ha bakvakt som oppfyller loven i bakhand. Per i dag har Hamarøy kommune kun en lege som er godkjent etter §7. Dette gir en utfordring for kommunen, da en lege ikke kan være i beredskap hele døgnet. Kommunen bør søke dispensasjon for å utsette ikrafttreddelsen av forskriften. På grunn av disse strenge kravene til kompetanse for legene, bør det vurderes nøye ved utlysning av stillinger og rekruttering av hvilke type kompetanse en lege bør ha ved ansettelse. Men det er svært kjent at det er vanskelig å rekruttere spesialister til små kommuner.

Fra 1. mars 2019 fikk kommunene et tydeligere ansvar for å legge til rette for at legen skal kunne gjennomføre spesialistutdanningen. Kommunen må da godkjennes som en utdanningsvirksomhet for å ta del i den nye spesialiseringsordningen. Det er startet opp en del prosjekter i ulike fylker i Norge som kalles ALIS prosjektet. Dette prosjektet gir støtte til kommuner som rekrutterer leger i såkalte ALIS stillinger (Allmenn Leger i Spesialisering). Hamarøy kommune har søkt om å få være med i dette prosjektet og fått støtte.

7.5 Å etablere Hamarøy kommune som lulesamisk forvaltningskommune

Å møte alle kravene som stilles til en lulesamisk forvaltningskommune vil være en utfordring for Hamarøy. Å bygge opp kommunen til å gi tjenester på lulesamisk på et akseptabelt nivå, vil bli krevende. Det er få som snakker lulesamisk og konkurransen er stor om de få som er på markedet. Det er mangel på lulesamiske helsearbeidere og det vil bli utfordrende å ha tilstrekkelig økonomi og kapasitet til å bygge nettverk mot andre samiske helsenettverk og statlige myndigheter. Kommunen har et stort arbeid foran seg med å berge de ansattes kulturkompetanse opp på det nivået det bør være.

7.6 Konsekvenser av «Tysfjordsaken»

I 2016 ble det avdekket omfattende seksuelle overgrepssaker i Tysfjord kommune. Det er avdekket til sammen 151 overgrepssaker relatert til Tysfjord. Dette blir omtalt som «Tysfjord-saken». Saken fikk stor oppmerksomhet i nasjonal og lokale media. Politiet har utarbeidet en rapport som omtaler erfaringer og funn fra etterforskningen som ble gjort i ettertid⁸. Nærmere 70 % av de fornærmede og de mistenkte tilhører det lulesamiske miljøet i Tysfjord, og det framkommer at mange har tilknytning til den læstadianske menigheten. Etterforskningen avdekker også at svært mange av de fornærmede har forlatt kommunen, mens mange av de mistenkte fortsatt bor i kommunen.

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3a beskriver kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep: Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Etterforskningen avdekker at hele 58 % av sakene er fra Tysfjords vestsida, noe som vil påvirke hvordan Hamarøy kommune skal møte forventede utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Konsekvenser av Tysfjord-saken er vanskelig å forutse, og det er gjort mye forskning på hvilke skader overgrep kan forårsake, både fysisk og mentalt. For Hamarøy er det et helt samfunn som blir påvirket av ringvirkningene, og fagmiljøet selv forventer at det vil bli et økt behov for kompetanse og ressurser, og da særlig innen helse- og omsorgstjenesten. Tysfjord vest har også opplevd et høyt sykefravær etter Tysfjord saken ble kjent i 2016, og enkelte tjenester har hatt oppe i 30% fravær.

Høsten 2017 igangsatte Fylkesmannen i Nordland et eget oppfølgingsprosjekt i kjølvannet av overgreps-sakene i Tysfjord. Målet med prosjektet er å følge opp de berørte og iverksette forebyggende tiltak for å hindre overgrep i fremtiden.



«Sammen for et trygt og godt oppvekstmiljø»

Prosjektet som har fått navnet Jasska/Trygg⁹ er et prosjekt som etter planen skal avsluttes 31.12.2019. Prosjektet følger to hovedspor:

1. Den akutte situasjonen - følge opp ofre og andre berørte
2. Forebyggende arbeide - langsiktige tiltak

Jasska er bygd på 5 gode grunnleggende prinsipper:

- Faglig forankring
- Tidlig innstas

⁸ [Politiets rapport](#) – Overgrepene i Tysfjord

⁹ <https://www.tysfjord.kommune.no/prosjaekta-jasska.457197.se.html>;

<https://www.tysfjord.kommune.no/tysfjordprosjektet-jasskatrygg.457197.no.html>

- Tverrfaglig samarbeid
- Systematisk innsats over tid
- Helhetlig forståelse

Overføring av prosjektbasert aktivitet, kunnskap og erfaringer til Hamarøy og Nye Narvik kommune.

I byggingen av den nye kommunen er det vesentlig at arbeidet som er gjort og skal gjøres videre i Jasska/Trygg videreføres.

7.7 Økonomi

Å sikre en økonomi som gjør det mulig å gjennomføre de satsingen kommunen må gjennom for å sikre gode likeverdige tjenester til alle vil være kommunes største utfordringer. Forventede økte demografiske kostnader fram mot 2030 på 25 - 30 mill. kr er en utfordring i seg selv. I tillegg kommer et investeringsbehov i bygninger på 250 - 300 mill. kr (meget grovt anslag). Å bringe 100 ansatte opp på et tilfredsstillende nivå i lulesamisk kulturforståelse vil kreve store ressurser. Innføring av velferdsteknologi, kompetanseløft på rehabilitering i hjemmet og kompetanseløft i forhold til endret sykdomsbilde og samhandlingsreformen vil og kreve store ressurser og kommunen vil være avhengig av hjelp til finansiering.

8 Visjon, mål og strategier

8.1 Visjon og mål

Vår felles visjon for hele helse og omsorgstjenesten i Hamarøy kommune er;

«Trygge individuelle tjenester»

Trygg; Det at mennesker i alle aldre uansett hvem de er eller hvor de bor i kommunen føler seg trygge. Trygg på at de får tjenester når de trenger det. Trygg på at noen er der for deg. Trygg på at vi følger opp. Trygg på at vi er faglig dyktig og at du er i kompetente hender. Pårørende er trygge for at sine nærmeste blir ivaretatt. Trygg på at vi er der når du trenger akutt hjelp. Trygg barseltid, barneår, ungdomstid, voksenliv og alderdom. Trygg fremtid. Trygge rammer når livet går mot slutten.

Individuell tjeneste; Du som menneske skal bli hørt og sett som den du er uavhengig av kjønn, religion, bakgrunn, kultur, opprinnelse eller funksjonsnivå. Du skal bli møtt med respekt og likeverd. Hvert menneske er unikt, med ulike behov. Derfor er også tjenesten individuelt tilpasset den enkelte.

Hovedmål/resultatmål;

- Full kapasitet i omsorgstrappen for alle innbyggere
- Bli en hjemmetjenestebasert kommune med fokus på hverdagsmestring og muligheter for den kommende «eldrebølgen»
- Fremme god helse, forebygge, rehabiliterer og behandle alle innbyggere med høy kvalitet og kompetanse - hele livet
- Være en foregangskommune innen folkehelsearbeid
- Være tidlig ute - sikre god helse og fremtidsrettede tilbud
- Sikre kompetanse i lulesamisk språk og kultur i alle ledd i helse- og omsorgstjenesten

Effekt mål;

- Rekruttere og beholde ansatte med riktig kompetanse etter gjeldende kompetanseplan
- Sikre god faglig utvikling, sikre godt arbeidsmiljø og arbeidsforhold
- Skape moderne og fremtidsrettede tjenester ved bruk av velferdsteknologi
- Sikre et kvalitetssikret og likeverdig tilbud
- Dreining av fokuset fra institusjon til hjemmebaserte tjenester
- Styrke fokuset på forebygging, rehabilitering og habilitering.
- Skape fagmiljø som muliggjør tverrfaglig samhandling og virker rekrutterende og stabiliserende for et høyt kvalifisert personell på alle fagområder
- Omorganisere, samlokalisere og effektivisere tjenestetilbudene til lavest mulig driftskostnad for et best mulig tjenestetilbud.
- Sørge for at personer rammet av «Tysfjord saken» har et tilbud om oppfølging etter behov, og at tjenestene er robuste nok til å ivareta føringer og tiltak etter prosjekt Jasska.

8.2 Strategier

Hvordan skal Hamarøy kommune utvikle helse og omsorgstjenestene

8.2.1 Bygge en lulesamisk forvaltningskommune

Hamarøy kommune ønsker å bli et nasjonal ressurs/kompetansesenter på lulesamiske språk og kulturforståelse og være et ressurscenter for helse og omsorgstjenester til hele den lulesamiske befolkningen. Kommunen må prioritere egne ressurser til dette arbeidet og samtidig søke samarbeid med statlige organ for å nå målene.

I samarbeid med Helse Nord, Sametinget og andre statlige organ må Hamarøy kommune

- Legge til rette for samarbeid med spesialisthelsetjenesten til den lulesamiske befolkningen
- Etablere veiledningsordning for leger med lulesamiske pasienter
- Bidra sammen med lulesamiske brukere med å utrede og identifisere tjenestetilbud som må tilrettelegges språklig og kulturelt for at lulesamiske pasienter skal ha et forsvarlig tilbud
- Styrke helsetilbudet til eldre ved å knytte seg opp til kompetansesenteret for eldremedisin i Samisk helsepark
- Legge til rette for lulesamisk utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i kommunen
- Etablere et utviklingsforum mellom Helse Nord, statlige organ, Sametinget og Hamarøy kommune
- Å bidra sammen med Helse Nord til at kompetanse til samhandling og koordinering av spesialisthelsetjenester til den lulesamiske befolkningen fra de øvrige regionene blir gjort tilgjengelig for kommunen.

Hamarøy kommune skal

- Sette i verk kompetansehevingsprogram for de ansatte i helse og omsorgstjenestene med fokus på lulesamisk kulturforståelse og kultursensitivitet
- Sørge for brukerinformasjon på lulesamisk
- Sikre lulesamiske barns rettigheter til språklig og kulturell oppfølging under omsorg av barnevernet
- Utrede og organisere lulesamiske ressursgrupper basert på egne medarbeidere som kan støtte helsepersonell og de lulesamiske brukerne
- Kartlegge ansattes lulesamiske språkkompetanse
- Kartlegge hvilke tjenester som i dag er tilrettelagt for den lulesamiske befolkningen
- Styrke helsestasjonene med lulesamisk språkkompetanse for å bedre tilbudet til barn med lulesamisk som førstespråk
- Å koble barnevernstjenesten opp mot nettverket for samisk barnevern (Kautokeino)
- Bidra til å utvikle tolketjenester på lulesamisk
- Lage språkkurs for ansatte i helsetjenesten. Rett til opplæring gis i Sameloven/Forskrift til denne, inklusive finansieringsordning.

8.2.2 Prosjekt Jasska

Jasska skal videreføres i den nye kommunen. Målet er at videreføringen skal forebygge, bygge avdekkingskompetanse, hjelpe offer, overgripere og pårørende og andre berørte.

Jasska foreslår følgende tiltak:

- Styrke bemanningen av helsesykepleiere med 2 årsverk
- Styrke bemanningen i barnevernet med 4 årsverk
- Styrke arbeidet med psykisk helse og rus med 4 årsverk
- Etablere et lulesamisk kontaktpunkt i den kommunale helse og omsorgstjenesten med ½ årsverk
- Øke kapasiteten til SLT koordinator ½ årsverk
- Øke kapasiteten til miljøarbeider som arbeider med ungdomstiltak ½ årsverk
- Øke kompetansen til kommunen i forhold til vold og seksuelle overgrep, avdekkingskompetanse, meldeplikt, opplysningsplikt og taushetsplikt.

Tiltakene er Jasska prosjektets anbefalinger og vil kreve statlig finansiering. Hvordan styrkingen faktisk blir vil avhenge av den videre prosess med staten.

8.2.3 Å bygge opp kapasiteten i omsorgstrappen etter BEON-prinsippet

For å bygge en omsorgstrapp som kan håndtere de utfordringene kommune står overfor må kommunen satse på tre gjennomgående strategier:

1. Hverdagsrehabilitering
2. Velferdsteknologi
3. Frivillighet

Strategiene er gjennomgående fordi arbeidet må starte nå og vil vare til 2040. Det er en rivende teknologisk og faglig utvikling og kommunen er avhengig av å være i front for å kunne håndtere utfordringene. De tre strategiene er gjensidig avhengig av hverandre.

1. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et tidsavgrenset, planlagt tilbud der målet er at brukeren gjenvinner sin selvstendighet i hverdagen. Når en bruker blir syk eller svekket, skal hverdagsrehabilitering ha fokus på å minske følgende av sykdom slik at brukeren fortest mulig gjenvinner funksjonsevnen, og kan bo lenger hjemme.

Det innebærer:

1. Vurdering av rehabiliteringspotensiale før en gir tilbud om pleie, omsorg og praktisk omsorg.
2. Fokusere på brukerens mestringsevne.
3. Endre utgangspunktet fra *hva trenger du hjelp til*, til *hva er viktige aktiviteter for deg*.
4. Dette fordrer en holdningsendring innen pleie- og omsorgstjenesten.

Suksessfaktorer for å lykkes er:

1. Politisk og administrativ forankring på tvers av avdelinger og faggrupper.
2. Ekstra ressurser i en periode for å etablere gode team på tvers av fagmiljøer.
3. Vilje til holdnings- og kulturendring.
4. Informasjon, opplæring og involvering av aktuelle aktører samt tilrettelegging for refleksjon over egne holdninger i møte med brukeren.

Det er to ulike organisasjonsmodeller som er relevante i hverdagsrehabilitering, en spesialistmodell der et eget tverrfaglig team har ansvar for hele hverdagsrehabiliteringen og en integrert modell der et lite team veileder medarbeidere i hjemmetjenesten til å utføre treningsoppgaver. I kommuner med spredt bebyggelse blir spesialistmodellen for ressurskrevende, da det er vanskelig å rekruttere personer med nødvendig kompetanse til det tverrfaglige temaet.

I en integrert modell involveres hele hjemmetjenesten og en må ta høyde for at det i en periode trengs ekstra ressurser for å etablere et godt team på tvers av fagmiljøene. Denne modellen fordrer at hverdagsrehabilitering er et integrert tankesett. De som jobber i hjemmetjenesten må få opplæring og tilrettelagt tid for refleksjon over egne holdninger i møte med brukerne. For å få en varig endring i kommunen må informasjon, erfaringsutveksling og involvering på alle nivå og på tvers av profesjoner planlegges og gjennomføres. Endringen er avhengig av at personer i tjenesten får delta aktivt i endringsarbeidet og at de kjenner kultur, verdier og normer i tjenesten.

Nødvendige tiltak for å innføre hverdagsrehabilitering er:

1. Informasjon av alle involverte parter
2. Praktisk opplæring i hverdagsrehabilitering og relevante tiltak.
3. Involvering av alle berørte parter.
4. Organiserer møtepunkter der de involverte får anledning til å utveksle erfaring og reflektere over egne holdninger.

Tiltak:

- Kartlegge behov og potensiale for hverdagsrehabilitering
- Involvere de ansatte og utvikle et prosjekt for hverdagsrehabilitering

2. Velferdsteknologi

Velferdsteknologi benyttes som begrep på teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi er samlebetegnelsen for teknologi som skal hjelpe folk i hverdagen og skal fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

Velferdsteknologi sammen med satsing på rehabilitering i hjemmet er en forutsetning for å bygge opp tilstrekkelig kapasitet i omsorgstrappen og gjøre det mulig for at eldre kan bo hjemme lengre.

For å lykkes med innføring av velferdsteknologi må strategiene være forankret i forpliktet og engasjert ledelse.

Nasjonalt senter for E-helse viser til at små kommuner vil ha utfordringer med å innføre velferdsteknologi. Det er ofte mangel på kompetanse og ressurser. De minste kommunene er avhengig av å samarbeide med nabokommuner i sin region og de som har interkommunale samarbeid på dette området sier at det er en styrke å samarbeide med nabokommunene, både når det gjelder utvikling av tjenestene og anskaffelser.

Hamarøy kommune skal intensivere arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi. Det må lages en plan for innføring av velferdsteknologi som er koordinert og samordnet med satsingen på hverdagsrehabilitering. Hamarøy kommune har uttrykt ønske om en velferdsteknologikoordinator for å lykkes med implementering i Hamarøy. Arbeidet med velferdsteknologi må følge de 6 hovedstrategiene nedenfor.

1. Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)
2. Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
3. Elektroniske dørlåser (e-lås)
4. Digitalt tilsyn
5. Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingsystem
6. Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Tiltak:

- Behovet for velferdsteknologi kartlegges
- Det lages en plan for innføring av velferdsteknologi de neste 10 årene. Denne planen må koordineres med planleggingen av arbeidet med hverdagsrehabilitering og frivillighet

Det bør opprettes en stilling som velferdsteknologi-koordinator

3. Frivillighet

Endringer i sykdomsbildet, vi lever lengre, det blir færre yrkesaktive per eldre og nye brukergrupper gjør at lokalsamfunnet står overfor store utfordringer særlig innen helse- og omsorgstjenestene. Samspill mellom offentlig sektor og frivillighet blir viktig for å møte disse utfordringene, og det gir muligheter for utvikling og nyskapende aktiviteter. Frivilling sektor spiller fortsatt en viktig rolle i oppbygging av velferdssamfunnet i Norge.

Fra staten er det forutsatt at frivillige lag og foreninger vil få en viktig rolle i framtidens eldreomsorg. Frivillighet er og blir viktig for å kunne løse kommunale oppgaver. Å mobilisere tidlig for å ivareta helsen gjennom ernæring, mosjon og sosialt samvær er et viktig folkehelseiltak. Det er et uutnyttet potensial i å mobilisere frivillige til å være med på å møte morgendagens folkehelseutfordringer. Det er behov for å løfte arbeidet som frivillig sektor kan bidra med, spesielt i forhold til eldre.

Frivillige lag og foreninger må inkluderes i helse og omsorgsarbeidet fremover. Det bør utarbeides en frivillighetsstrategi i den nye kommunen som gir tydelige føringer for samarbeidet. De aller fleste ønsker å leve hjemme så lenge som mulig. Da må alle i kommunen legge til rette for at innbyggernes ønsker blir oppfylt. Frivillig arbeid med fokus på god ernæring, fysisk aktivitet og sosialt samvær understøtter tankesettet bak hverdagsrehabilitering. Sammen med informasjon og kunnskap om hvilke muligheter velferdsteknologi gir oss, kan innbyggerne i kommunene sammen møte eldrebølgen.

Tiltak:

- Kartlegge hvilke tjenester den frivillige sektor kan være med å bidra
- Invitere frivillig sektor til dialog og samskappingsprosesser for å utvikle et tilbud fra frivillig sektor til eldre

8.2.4 Samhandlingsreformen

Å møte utfordringene samhandlingsreformen gir må skje i et samarbeid med Nordlandssykehuset.

Målet må være at kommunen sammen med Nordlandssykehuset etablerer gode behandlingsforløp slik at pasientene får tilbud om riktig behandling på riktig sted og tid, og at overganger mellom ulike tjenestesteder og tilbud er godt koordinerte og skjer uten unødig opphold.

God teknologi må sikre og informasjonsflyt slik at behandling kan skje på lavest mulig omsorgsnivå nærmest der en bor. Hamarøy kommune ligger 2,5 til 3 timer unna nærmeste sykehus. For å få til riktig behandling på lavest mulig nivå

- må gode kommunikasjonslinjer mellom spesialisthelsetjenesten og Nordlandssykehuset utvikles.
- må det legges til rette for at spesialistene kan komme ut i kommunen
- Spesialisthelsetjenesten og Nordlandssykehuset må bidra til å bygge opp kompetanse hos helsepersonellet i Hamarøy.

Lykkes kommunen med disse strategiene vil den være med på å kompensere for ulempene med avstand til nærmeste sykehus. Å legge til rette for å utvikle spesialisthelsetjenester til den lulesamiske befolkningen er en prioritert oppgave både for Hamarøy kommune og Nordlandssykehuset og Helse Nord.

Å utvikle et tett samarbeid med Nordlandssykehuset vil gi mange fordeler. Tiltak som bør vurderes:

- Å utvikle Skype og e-konsultasjon i samarbeide med spesialisthelsetjenesten
- Legge til rette for at ny teknologi kan tas i bruk (i et helsehus) for å kompensere for lang reisetid til sykehus
- Bidra sammen med Nordlandssykehuset med å legge forholdene til rette slik at spesialisthelsetjenestene kommer ut i kommunen
- I et helsehus planlegge for bruk av ny teknologi/kunstig intelligens
- Etablere ØHD plass og videreutvikle ØHD til å bli en viktig ressurs i mellomnivået kommune/sykehus
- Utvikle bedre dialog i forkant av henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Etablere hospiteringsordninger på Nordlandssykehuset for leger og sykepleiere
- Gjennomføre felles fagdager, etablere og utvikle et fagnettverk med alle faggruppene i behandlingsskjeden

8.2.5 Kompetanse og rekruttering

Det må utarbeides en overordnet kompetanseplan for Hamarøy, som tar for seg mer detaljert hvilken type kompetanse som må rekrutteres. En overordnet plan burde også inneholde rekrutteringstiltak som er gjennomgående, og som er rettet mot den kompetansen det er utfordrende å få tak i. Helse og omsorg har spesielt store utfordringer med å rekruttere fagpersonell fremover. Kommunen trenger flere fagfolk og flere profesjoner.

For å imøtekomme kravene til kompetanse i fremtiden, trenger vi også å spisse kompetansen mot det vi vet kommer av utfordringer i helse og omsorgstjenesten. I tillegg

til spisskompetanse trenger vi også dyktige sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Arbeidsgruppen mener at det bør settes inn i en kompetanseplan hvilke ferdigheter og kompetanse helsefagarbeidere og assistenter bør ha. Vi er helt avhengig av denne kompetansen også i fremtiden, for vi klarer ikke på landsbasis å rekruttere nok fagfolk innen helse og omsorg - da spesielt sykepleiere.

Helse og omsorg bør satse på å være en læringsarena med rekrutteringseffekt, med formelle avtaler med utdanningsinstitusjoner som videregående innen helsefag eller høyskolefag. Vi burde satse på lærlinger innen helsefag, sykepleierstudenter, vernepleierstudenter, legestudenter og andre aktuelle yrkesgrupper.

Det bør satses på internundervisning i sektorene og på tvers av sektorene. Vi må kartlegge den kompetansen vi har, og bruke den for å lære av hverandre. Det burde gis rom for å hospitere både hos hverandre, andre kommuner eller i spesialisthelsetjenesten for å tilegne seg erfaringer og kunnskaper utenfra.

Det bør settes ned en arbeidsgruppe for å se på en alternativ turnus for sykepleiere som jobber i sykepleiervakter på tvers av enheter. Ved å spisse arbeidsoppgavene til sykepleiere, kan kompetansen brukes på rett sted og bidra til en mer spennende arbeidshverdag. Samtidig er det viktig å styrke kompetansen til hjelpepleiere og helsefagarbeidere til å håndtere mer avanserte kliniske oppgaver i tjenesten.

Rekrutteringsarbeid og beholde arbeidskraft er et kontinuerlig arbeid, og det bør være en egen arbeidsgruppe som jobber med dette. Vi bør strekke oss etter å bli en attraktiv kommune å jobbe i - med spennende arbeidsdager, inkluderende arbeidsliv og fokus på arbeidsglede.

8.2.6 Samle all kompetanse og tjenester på en plass - «helsehus»

Arbeidsgruppen er enige om at kompetanse og tjenester burde samles på en plass og det ble foreslått å bygge et helsehus. Det er mange fordeler med en slik løsning, mer rasjonell drift og bedre økonomi, bedre muligheter til koordinering, samordning og arbeid på tvers av funksjonene. Kommunen får mindre sårbare, tettere og mer robuste tjenester. Et helsehus gir bedre muligheter til å gi tjenester bygd på lulesamisk språk og kulturforståelse og gjøre nytte av et lulesamisk ressursteam.

Tiltak:

- Nordlandssykehuset/Helse Nord inviteres til å etablere et samarbeidsprosjekt om å tilby spesialisthelsetjenester i Hamarøy kommune i løpet av 2020.
- Sette ned en arbeidsgruppe som skal planlegge samlokalisering av tjenester i et helsehus.
- Det avklares med eksterne samarbeidspartnere (Helse Nord, Sametinget og andre statsinstitusjoner) om de er med og hvilken rolle de vil ha i et slikt prosjekt

8.2.7 Økonomi

Å løse de utfordringer kommunens helse og omsorgssektor står overfor vil kreve betydelige økonomiske ressurser. Hamarøy kommune vil ikke greie å finansiere hele satsingen alene. Å bli en lulesamisk forvaltningskommune gir muligheter til medfinansiering av tilbud rettet mot den lulesamiske befolkningen fra Helse Nord, Sametinget og andre statlige organ.

Å gjøre økonomiske vurderinger er umulig slik situasjonen er nå. Arbeidsgruppen har ikke full oversikt over vestsidens økonomi og bemanning av de ulike funksjonene. Noen funksjoner skal deles mellom øst og vestsiden. Samtidig har begge kommunene utfordringer i forhold til budsjett og et mulig merforbruk.

Samarbeidsprosjektene med Helse Nord, Sametinget og andre statsetater må prosjektutvikles og kostnadsberegnes med finansiering. Her må kostnadsfordelingen mellom Hamarøy kommune og samarbeidspartene avklares.

Kommunen må også skaffe seg oversikt over framtidige investeringsbehov. Helsehus og eventuelt andre renoveringsprosjekt må kostnadsberegnes på et overordnet nivå for å kunne finne fram til måter å finansiere investeringene.

Tiltak

- Kartlegge økonomi og bemanning og vurdere finansieringsbehov på kort sikt
- For de tiltakene som er samarbeidsprosjekt må det lages en oversikt over tiltaket kostnader med finansiering
- Lage et prospekt for nytt helsehus med investeringer i omsorgsboliger etc. og vurdere kostnader og finansieringsplan
- Vurdere kostnadene med økt bemanning som følge av eldrebølgen

8.2.8 Hjelpemidler

I samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, institusjon og hjemmetjenesten er kartlegging av behovet for helse og omsorgstjenester en viktig del av rehabiliteringen. Det å kunne få hjelp hjemme i egen bolig så raskt som mulig, gir en sømløs tjeneste som tenker selvstendighet og mestring. Det er et stort behov for å øke kommunens kapasitet på hjelpemiddelformidlingen, planlegging og utprøving/opplæring hos bruker. Denne kompetansen må ses på i sammenheng med kompetansen på velferdsteknologi.

Det er et stort behov for at kommunen oppretter gode rutiner i forhold til lager, bestilling og levering av hjelpemidler. Dette vil gi effektivitet i tjenesten, og sikre at ingen blir liggende «på vent» på sykehus eller institusjon fordi hjemmet ikke er tilrettelagt for hjemreise.

8.2.9 Eldrereformen - leve hele livet

Regjeringen la 4.mai 2018 fram Meld. St.15 (2017-2018) «*Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*»¹⁰. Meldingen ble vedtatt i Stortinget 20.desember 2018. Utgangspunktet for «Leve hele livet» er blant annet en erkjennelse av at gode løsninger ute i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak i liten grad spres til andre. Reformen vil tilrettelegge for at gode, lokale løsninger implementeres rundt i kommunene.

Leve hele livet består av 25 konkrete og utprøvede løsninger på områder hvor det svikter i tilbudet til eldre i dag. Løsningene bygger på hva eldre, pårørende, politikere, interesseorganisasjoner, ledere, ansatte, frivillige og forskere har sett fungere i praksis. Reformen legger opp til at eldre skal få brukt ressursene sine og dekket behovene sine i de ulike fasene av alderdommen. Det handler om å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve det gode liv og delta i fellesskapet.

¹⁰ <https://www.regjeringen.no/levehelelivet>

Overordnet skal reformen bidra til:

- Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og ta de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.
- Pårørende som ikke blir utslitt, og som kan ha en jevn innsats for sine nærmeste.
- Ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb.¹¹

Reformen har 5 innsatsområder:

- 1) Et aldersvennlig Norge
- 2) Aktivitet og fellesskap
- 3) Mat og måltider
- 4) Helsehjelp
- 5) Sammenheng og overgang i tjenestene

Under hvert av disse områdene inneholder stortingsmeldingen fem forslag til løsninger som understøttes av konkrete eksempler fra kommunene. Det legges opp til en prosess hvor kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan tilpasses lokale forhold og gjennomføres i samarbeid med andre tjenesteområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet. Det vektlegges at kommunen har laget en plan der personell- og kompetansebehov er vurdert for å kunne gjennomføre prioriterte tiltak. Det vil være naturlig at dette behandles i handlingsplan/økonomiplan og revideres årlig.

8.2.10 Demensomsorgen

Demensplan 2020 skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med vekt på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose.

Viktige satsingsområder i planen er utredning av demens og systematisk oppfølging etter diagnose med blant annet informasjon, dagaktivitetstilbud, pårørendeskole, samtalegrupper, brukerskoler, fast koordinator og andre tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgntilbud, og som også støtter og avlaster pårørende.

Kommunen bør følge de retningslinjer demensplanen legger av føringer. Med en økning på 106% personer over 80 år, frem mot 2040, der omtrent 20% har en form for kognitiv svikt/demens, er tidlig innsats helt nødvendig. Kommunen klarer ikke å tilby alle med demens plass på institusjon, og mange må ha et trygt og faglig forsvarlig tilbud i eget hjem. Også her er velferdsteknologiske løsninger og pårørende/frivillige en sentral del i arbeidet.

¹¹ Helsedirektoratets oppgavebeskrivelse til Fylkesmannen 01/19

8.2.11 Forebyggende helse - tidlig innsats

Forebyggende helsearbeid er viktig i alle fasene i løpet av livet. Forebygging kan gi store gevinster for en kommune over tid med å forebygge sykdommer og skade.

Helsedirektoratet deler forebygging inn i tre deler;

- Universell forebygging er tiltak rettet mot alle. Dette innebærer at man konsentrerer innsatsen om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse. Både det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet.
- Selektiv forebygging er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ett av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for én eller flere risikofaktorer.
- Ved indikativ forebygging er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom/lidelse, men som ikke oppfyller diagnostiske kriterier for en lidelse

Hamarøy kommune har et tilbud innen forebyggende helsearbeid. Frisklivssentral, folkehelsekoordinator, kommuneoverlege som jobber med samfunnsarbeid og mange dyktige fagfolk innen helsestasjon, legekontor og barnevern. Men vi ser noen forbedringspunkter som er nødt til å bli prioritert;

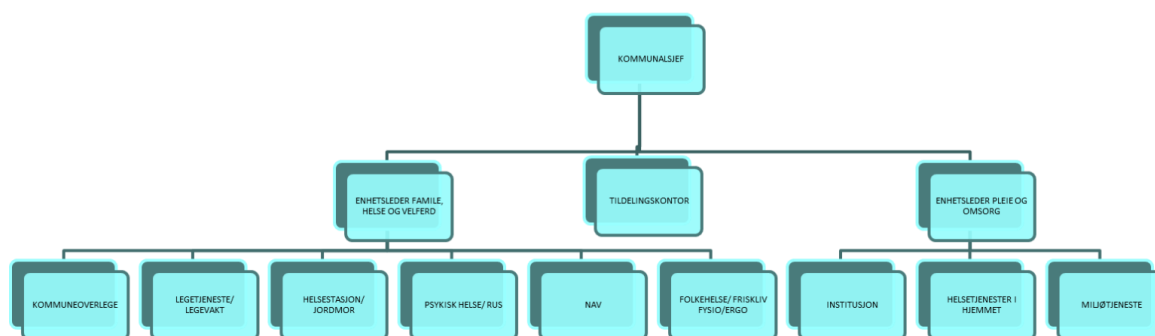
- Nok kapasitet på fastlegesiden.
- Folkehelse i fokus for hele kommunen
- Tettere samarbeid mellom kommunale tjenester, samhandling på tvers av enheter
- Nok kapasitet i helsestasjon/skolehelsetjeneste
- Nok fysioterapeuter
- Ergoterapeut
- Forebyggende arbeid for barn i risiko (TIBIR)
- Nok kapasitet i psykisk helse/rus tjenesten, da spesielt med tanke på barn/unge
- Kompetanse på forebyggende arbeid
- Økt fokus på sunt kosthold i skoler og barnehager og arbeide aktivt med forebygging

9 Forslag til organisering og struktur

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i dagens organisering, erfaringer, funn fra kartlegging og intervjuer, demografisk utvikling - samt lokale, regionale og nasjonale planer - om hvordan fremtiden bør organiseres og hvordan strukturen bør planlegges.

Helse og velferd blir et stort kommunalt område med svært mange ansatte. Dagens Hamarøy har to ledernivå, med kommunalsjef øverst og avdelingsledere rett under. Kommunalsjef er nærmeste leder for mange årsverk, og noen avdelingsledere har mellom 30 - 40 årsverk de skal følge opp. Dagens Tysfjord har tre leder nivå, med kommunalsjef øverst, to enhetsledere og avdelingsledere under der.

Arbeidsgruppen anbefaler for Hamarøy tre nivå ledelse, med to enhetsledere under kommunalsjef. Dette bør være enhetsleder for familie, helse og velferd - og enhetsleder for pleie og omsorg. På denne måten blir avdelingsledere mye tettere fulgt opp, de får konsentrere seg om personalledelse og fag i sin enhet. Kommunalsjef jobber i dag mye nedover i organisasjonen, grunnet lite kapasitet på avdelingsledersiden på utvikling og oppfølging av tjenesten. Kommunalsjef får da mulighet for å jobbe mer overordnet og strategisk, som er en forutsetning i den øverste delen av organisasjonskartet.



Figur 4 - Forslag til organisasjonskart sektor for Helse og velferd;

Hamarøy kommunes helse og omsorgstjenester må utvikles langs flere akser. Det er ulike behov som må løses til ulike tider. Den 1.1.2020 slår kommunene seg sammen og det er to tjenestestrukturer som skal slåes sammen og optimaliseres. På kort sikt må tjenestene justeres i forhold til de de bygninger kommunen får. Sonene for hjemmetjenester må legges om og brukerne av omsorgsboliger og institusjonsplasser må omfordes. Dette må skje de nærmeste to årene og må sees på som en midlertidig organisering fram til nytt helsehus står klart. Arbeidsgruppen har valgt å kalle dette for akutfase (0-2 år).

Arbeidsgruppen anbefaler og å samle kompetansen på en plass i et helsehus. Det tar tid å avklare hvem som ønsker å være med i et slikt helsehus, huset skal planlegges, prosjekteres og bygges. Denne prosessen vil ta fra fire til fem år (minst). Arbeidsgruppen har valgt å kalle denne fasen kortsiktig fase (0-5 år).

Fram mot 2040 må kommunen håndtere utfordringene og den usikkerheten som følger med et så langt tidsspenn som 20 år.

I det følgende drøfter vi utviklingen langs følgende utviklingsakser.

1. Akuttfasen 2020 - 2022
2. Den kortsiktige fasen 2020 - 2025
3. Den langsiktige fasen 2025 - 2040

9.1 Akuttfasen 2020 - 2022:

9.1.1 Institusjon og omsorgsboliger med heldøgns bemanning

I løpet av de to neste årene vil kommunen ha store utfordringer med strukturen på heldøgns omsorg i forhold til de geografiske avstandene. I akuttfasen må heldøgns omsorg samles innenfor de rammer dagens boligmasse gir. Nåværende Hamarøy har ikke omsorgsboliger med heldøgns omsorg, noe som er nødvendig for å ha tilstrekkelig kapasitet i omsorgstrappen. Hamarøy må endre på strukturen i heldøgns omsorg for å få en mest mulig kostnadseffektiv drift og samtidig heve kvaliteten. Det er vanskelig å gjøre noe med sykehjemmet de første årene, men omsorgsboliger med heldøgns bemanning må justeres noe. Det er også viktig å prioritere flere korttids plasser på sykehjemmet for å kunne ta imot pasienter fra sykehus på korttidsopphold og/eller rehabilitering.

En avdeling med 3 plasser på Hamarøy bygdeheim er vedtatt lagt ned i forpliktende plan for Hamarøy. Dette er tatt hensyn til i kartleggingen.

Det er i gang en kartlegging på hvor mange pasienter som i dag bor ved Prestegårdstunet sykehjem i Kjølsvik og som vil søke seg over til Hamarøy. Disse tallene er ikke klare enda.

Vi må også ta hensyn til at det er yngre brukere som har behov for heldøgns omsorgsplasser, med både fysiske og psykiske utfordringer. Planen er å ha et tilbud til denne brukergruppen på Drag. Disse plassene er derfor ikke med i beregningsnøkkelen for heldøgns omsorg 80+.

Under er en oversikt over ønsket dekning på institusjon og boliger med heldøgns omsorg de neste to årene, dvs. boliger med personell tilstede hele døgnet. Endringen i forhold til dagens tilbud er at Storjord ikke får døgnbemanning. Samtidig får Hamarøy bosenter døgnbemanning. I tillegg omorganiseres Dragstunet med en enhet for eldre og en enhet for yngre.

Tabell 10 - Oversikt over ønsket dekning på institusjon og boliger med heldøgns omsorg

HVOR	KORTTIDSPASS INSTITUSJON (rehab og avlastning)	LANGTIDSPASS INSTITUSJON	OMSORGSBOLIG MED HELDØGNS BEMANNING	BEMANNET OMSORGSBOLIG FOR YNGRE BRUKERE MED FYSISK/PSYKISK UTFORDRINGER	SUM
OPPEID	4 (sykehjem)	18 (sykehjem)	10 (Hamarøy bosenter)		
DRAG			8 (Dragstunet «ute»)	8 (Dragstunet «inne»)	
SUM	4	18	18	8	48
Dekningsgrad 80+					22%

I tillegg til heldøgns omsorg, har vi omsorgsboliger som har tilsyn fra hjemmetjenesten. Det må opprettes nattjeneste for å gi brukere et tilbud også på natten. Velferdsteknologiske løsninger må tas i bruk omsorgsboligene der det er behov.

Kommunen har følgende omsorgsboliger uten heldøgns bemanning:

- 7 boliger Oppeid (i tilknytning til Sparbutikken, ferdigstilt i oktober)
- 7 boliger Storjord
- 7 boliger Ulsvåg

9.1.2 Helsetjenester i hjemmet

Arbeidsgruppen foreslår å dele hjemmetjenesten i baser, sone Nord og sone Sør med en leder på hver sone. Nord har base på Oppeid og omfatter områdene i og rundt Skutvik - Oppeid - Tranøy - Ulsvåg - Storjord - Korsnes. Sør har base på Drag og omfatter områdene i og rundt Musken - Drag - Innhavet - Finnøy - Kråkmo. Det bør også etableres ett satellitt kontor på Ulsvåg, som ligger nært omsorgsboligene i Ulsvåg og Storjord. Denne satellitten vil være et knutepunkt på natt.

Det bør snarest innføres velferdsteknologiske løsninger for hjemmetjenesten, først og fremst kartlegging og opplæring. Deretter innkjøring og bruk for å gjøre arbeidshverdagen lettere for personalet, og tryggheten oppe for pasientene. Dette må kombineres med innføring av hverdagsrehabilitering og større involvering fra frivillig sektor.

Det bør fokuseres på tidlig hjemmebesøk og kartlegging på et tidlig stadium hos eldre, gjerne i det de fyller 75 år. Hverdagsmestring og rehabilitering bør være sentrale mål og arbeidsmetode for hjemmetjenesten. Det bør etableres tett samarbeid med frivillige og pårørende for å forebygge ensomhet og sykdom.

Ressurskrevende brukere med personale ligger også under hjemmetjenesten. Man burde se på en løsning for felles bemanning til disse brukerne.

9.1.3 Miljøtjenesten

Miljøtjenesten bør følge grunnlaget Tysfjord har i dag på tildeling av tjenester og oppfølging av brukere og pasienter. Tjenesten bør gis til personer med fysiske og psykiske utfordringer, og ikke begrenses i forhold til diagnoser. Tjenesten bør være godt tilrettelagt for personer med utviklingshemming for å bygge opp om mestring og livsverd, og jobbe aktivt med habilitering. Tjenesten kan gis både individuelt og i grupper, alt etter behov.

Det er nødvendig med personell både på Oppeid og Drag, men med felles ledelse. Det bør vurderes fagledere på grunn av store avstander og en svært stor og sårbar pasientgruppe. På Drag anbefaler arbeidsgruppen at det opprettes et bofellesskap for yngre personer med fysiske og/eller psykiske utfordringer med behov for heldøgns omsorg inne på Dragstunet.

Habilitering er planmessig arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte, skal utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Begrepet brukes mest om tiltak for barn som er født med funksjonshemming.

Habiliteringsprosesser er oftest tverrfaglige, og tverrfaglighet er gjerne en forutsetning for å kunne tilby pasient/bruker et helhetlig og samordnet tilbud. Fagområder som ofte vil være representert i habilitering er ulike helsefag som ergoterapi, fysioterapi, psykologi,

sykepleie og vernepleie samt fag som medisin, pedagogikk og samfunnsfag. Når fagområdene utfører sine tjenester til en bruker er målet at resultatet skal være noe mer enn summen av det som de enkelte fagområder vil kunne tilby hver for seg (flerfaglighet).

Alle kommuner og sykehus (HF) skal ha en koordinerende enhet (funksjon) for habilitering og rehabilitering som er synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere. Dette følger av hhv Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5b og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3 samt §§ 6 og 11 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Her er også oppgavene for koordinerende enhet beskrevet.

Den nye kommunen må få på plass en koordinerende enhet så snart som mulig, samt utarbeide rutiner for ivaretagelsen av habilitering i kommunen.

9.1.4 Helsestasjon/skolehelsetjeneste og jordmor

Helsestasjonen bør ha hovedkontor på Oppeid, med faste helsestasjonsdager på Drag. Dette vil sikre nærhet til legetjenesten og andre samarbeidspartnere.

Det vil være behov for tiltak rettet mot felles journalføring for helsesykepleiere og leger ved helsestasjon, skolehelsetjeneste og HFU (helsestasjon for ungdom). I forbindelse med ulike prosedyrer og arbeidsmetoder vil vi måtte utvikle, iverksette, kontrollere og forbedre nødvendige rutiner, instruksjoner og prosedyrer. Et fungerende avvikssystem, som innebærer at det i tilstrekkelig grad kan rapporteres om svikt og uønskede hendelser vil være nødvendig.

Hamarøy har per nå en tjeneste som består av to helsesykepleiere og en jordmor. For tiden er det ikke jordmor i den nye kommunen, men det er ansatt i en rekrutteringsstilling som er ferdig utdannet om to år. Jordmortjeneste må kjøpes fra en annen kommune i mellomtiden. Kommunen er tildelt midler fra helsedirektoratet for styrking av helsestasjon og skolehelsetjenesten det første året av akuttfasen. Arbeidsgruppens anbefaling er at helsestasjon og skolehelsetjenesten styrkes permanent. Dette blant annet for å:

- Styrke tjenesten for blant annet å følge opp tiltakene i oppvekst planen som er utarbeidet i prosjekt Jasska. Dette gjelder både foreldreveiledningskurs og oppfølging av elever ute i skolene
- Arbeidsgruppen anbefaler videre at det innføres TIBIR (tidlig innsats for barn i risiko) som program for forebygging og behandling av atferdsproblemer hos barn. Kommunen har også her fått midler til å utdanne PMTO terapeuter og sette i gang prosjekt. Helsestasjonen kan stå som koordinator for programmet.
- Det forebyggende arbeid for barn og unge i skolene må styrkes. Tiltak må være å forebygge psykiske utfordringer og arbeide mer med inkludering, tilhørighet og deltagelse i samfunnet for alle.
- Det må opprettes HFU som lavterskeltilbud til barn og unge på Drag.

Arbeidsgruppen anbefaler at denne styrkingen skjer med krav om lulesamisk språk og kulturkompetanse.

Barnetallet vil holde seg stabilt over de neste 20 år ifølge befolkningsprognosen, og store endringer innen jordmortjeneste eller helsesykepleier er ikke ventet. Likevel bør det tas høyde for en relativt høy andel unge hybelboere på bakgrunn av Knut Hamsun videregående skoles satsning på landsdekkende friluftslivslinje.

9.1.5 Legetjenesten, legevakt og kommuneoverlege

Legetjenesten bør bestå av 5 leger + 1 LIS 1 (økning på en lege fra dagens organisering). Dette utgjør 2,3 årsverk fastlege + LIS 1 når man tar bort kommunale oppgaver, legevakt og fritid etter legevaktsarbeid (friuke i turnus). Hvis vi har innbyggere på 2800 personer blir listene på ca. 1220 pasienter per full kurativ uke. Dette er en høy belastning på fastlegene. Listestørrelsene vil ta hensyn til andre kommunale oppgaver, legevaktsarbeid og kompensasjonsfri. Årsaken til økning i en legestilling fordi Nord Salten legevakt er sagt opp som et interkommunalt samarbeid fra 01.01.2020. På grunn av dette vil vaktbelastningen på legevakt for våre leger øke fordi legene går fra 12 delt vakt til 6 delt vakt.

Legetjenesten ønsker selv å gå i 6 ukers turnus med fire uker full jobb, en uke på legevakt og en uke fri (kompensasjon etter vakt). Flere kommuner har denne organiseringen. Denne ordningen er under godkjenning hos legeföreningen. Forslag til organisering fra arbeidsgruppen;

Tittel	Stilling størrelse fastlege	Kommunale oppgaver	Legevakts uke	Komp fri vakt	Sum stilling	Liste størrelse fastlege
Kommuneoverlege	26%	40% kommune Overlege	17%	17%	100%	310
Kommunelege	46%	20% sykehjem	17%	17%	100%	560
Kommunelege	36%	30% helsestasjon, daglig leder	17%	17%	100%	430
Kommunelege	66%		17%	17%	100%	800
Kommunelege	66%		17%	17%	100%	800
LIS1 (Turnus)			17%	17%	100%	
SUM LEGER	230%	100%	85%	85%	600%	2900
Hjelpepersonell					400%	
Sum årsverk					10	

Tabell 11 - Organisering av legetjenesten

Arbeidsgruppens anbefaling er at legetjenesten har hovedkontor på Oppeid dagtid fra 08.00 til 1530. Felles for både legekantor og legevakt er at institusjon og bemannede omsorgsboliger ligger nært hverandre på Oppeid. I tillegg samarbeider legene tett med NAV, tannlegene og helsestasjon som er i samme bygg som legekantoret.

Det vil også være legekantor på Drag som har åpent på virkedager. Det er per i dag ikke fysisk plass til 6 leger på Oppeid eller Drag, så tjenesten må deles. Det er 4 kontor plasser i dag på Oppeid og 2 på Drag. Dette betyr i så fall at antall hjelpepersonell må økes med ca. 0,6 årsverk.

Arbeidsgruppen anbefaler at legevakt legges til Oppeid hele døgnet året gjennom. Helsedirektoratet anbefaler et oppmøtested for legevakten slik at det ikke oppstår misforståelser om når og hvor legevakten er. Her er det hensynet til pasienters sikkerhet som er viktig. I tillegg går legevakten over fra tilstedeværelsesplikt til hjemmevakt hele

døgnet fra 01.01.20. De fleste legene bor for tiden på Oppeid, og vil ha kort responstid til legevakten. Akuttberedskap dekkes utover lege av ambulanse som er hhv stasjonert på Drag og Oppeid.

Antall innbyggere vil etter befolkningsprognosen holde seg stabilt i årene frem mot 2040. Det betyr ingen store endringer i antall fastlegelister. Men antall eldre øker med mer komplekse sykdomsbilder. Det vil være behov for økt tilsyn i institusjon og omsorgsboliger, og personer på fastlegelistene må ha tettere og oftere oppfølging. God legedekning er en god langsiktig strategi. Det forventes økte krav fra spesialisthelsetjenesten om behandling og oppfølging ute i kommunene. Tjenester som i dag utføres på sykehus.

En robust og faglig sterk legetjeneste vil ha en rekrutterende og stabiliserende effekt, og vi unngår som mange andre kommuner å gå i «fastlegekrisen». Arbeidsgruppen anbefaler at har kompetanse innen lulesamisk språk og kultur.

Arbeidsgruppen anbefaler at legetjenesten skifter journalsystem til et fullverdig sky-basert system for å lette arbeidet med to legekantor og samhandlingen dem imellom.

Musken er veiløs og det må organiseres transport av helsepersonell ved behov. Dette må gjøres i samarbeid med Nordlandssykehuset. Må utredes videre.

Kommuneoverlegen har et overordnet ansvar nedfelt i helse og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernlov, smittevernloven og folkehelseeloven - samt i avtalen mellom KS og legeföreningen (SFS 2305). Kommuneoverlegen skal være medisinskfaglig rådgiver for hele kommunen - uavhengig av sektor - og kan bli delegert oppgaver fra kommunestyret. Det bør vurderes for nye Hamarøy kommune om kommuneoverlegen bør ha en tydeligere rolle i kommunens administrasjon, og bli tatt med på utarbeidelse av overordnede planer, beredskap og i andre aktuelle forhold. Også når det gjelder å ivareta arbeidet med innføringen av samisk språkforvaltningskommune bør kommuneoverlegen ha en rolle.

9.1.6 Folkehelse friskliv og fysioterapi

Formålet med Folkehelseeloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse.

Hovedmålet med folkehelsearbeid er flest mulige gode leveår for innbyggerne. De største gevinstene (samfunnsøkonomisk og helsemessige) vil man få ved sykdomsforebyggende og helsefremmende innsatser hos barn og unge.

Utjevning av sosial ulikhet i helse er et mål og en oppgave for alle samfunnssektorer og -nivåer. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller (folkehelseeloven § 4).

Tiltak må rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Ikke minst er det viktig med innsats mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte sosiale helsedeterminantene. Veileder for systematisk folkehelsearbeid bør være et utgangspunkt for fremtidig arbeid med folkehelse.

De overordnede og de viktigste faktorene for god folkehelse er:

- Å ha et sosialt nettverk der man føler tilhørighet og støtte fra.
- Å være i arbeid eller skole der man føler mestring og unngår mobbing.
- Høyere utdanning og sosioøkonomisk nivå.
- Følelse av inkludering/tilhørighet i lokalsamfunnet.
- Bedre psykisk helse.

- Kontinuerlig og strukturert innsats mot vold og seksuelle overgrep
- Økt fysisk aktivitet, samt ekstra fokus på og innsats mot overvekt og fedme.

Det forebyggende folkehelsearbeidet må prioriteres, og for å kunne iverksette tiltak som har effekt på folkehelsen må kommunen ha "oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne". Dette vil kreve en kartlegging av den nye kommunens folkehelseprofil. Deretter sette i gang tiltak etter funn i kartleggingen.

For å øke muligheten til å gjennomføre kartlegging og starte opp hverdagsrehabilitering må kapasiteten på fysioterapitjenestene økes.

Folkehelsekoordinator har også, sammen med kommuneoverlegen, et overordnet ansvar for kommunens folkehelsearbeid - uavhengig av sektor. Det bør vurderes for nye Hamarøy kommune om folkehelsekoordinator bør ha en tydeligere rolle i kommunens administrasjon. I folkehelseloven står det at; «Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen har, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor».

9.1.7 Psykisk helse og rus

Antall brukere til tjenestene psykisk helse og rus har de siste årene økt. Spesielt etter «Tysfjord saken» har etterspørselen økt og det er et stort behov for bistand fra tjenestene.

Som i somatikken, blir det stilt større krav til kommunene til oppfølging av pasienter i rus og psykiatritjenesten. Det er mindre muligheter til å bruke tvang i spesialisthelsetjenesten, og pasienter blir utskrevet med større behov for behandling og pleie enn tidligere og det oppleves mange er sykere enn før. Kommunen må rustes opp for å møte disse utfordringene, og gi et godt og verdig tilbud til sine innbyggere. I tillegg til dette må kommunen møte behovet for behandling, oppfølging og ivaretagelse av ofre, overgripere og pårørende som stått frem i forbindelse med og i etterkant av «Tysfjordsaken».

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et tilbud som har vært finansiert av prosjektmidler til ut 2019. Det foreslås at RPH blir vedtatt som et varig tilbud til befolkningen i Hamarøy og at det utredes hvor mye styrking av tjenesten som må til for at dette tilbud skal bli levedyktig.

FACT er nå inne i sitt tredje driftsår, 2020 er det siste året med finansiering fra Fylkesmannen. Arbeidsmodellen er ønsket fra regjering og Stortinget og skal gi et bedre og mere sammenhengende tilbud til mennesker med tunge komplekse psykiatriske diagnoser og problemstillinger. Samfunnet sparer penger på færre innleggelses i institusjon og brukerne får behandling lokalt. Arbeidsgruppen mener at FACT vil gi et bedre tilbud til den lulesamiske befolkningen fordi vi bygger et fagmiljø lokalt, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og SANKS der lokalt forankret kunnskap om lulesamisk språk og

kultur en del av tjenestene. Dette er også i tråd med de nye retningslinjene og en god måte å håndtere oppgaveforskyvingen mellom primærhelsetjenesten og kommunene. FACT vil også avlaste andre kommunale tjenester, fordi pasienter som får tett oppfølging kan bli stabilisert mens de bor hjemme. Vi vet at helsetjenester i distriktene er av dårligere kvalitet og mindre tilgjengelig enn for folk som bor nært et sykehus.

Spesialisthelsetjenestene har hatt lavt kunnskapsnivå om lulesamisk språk, kultur og livsverden, noe som lett fører til feilbehandling, mistro og stigmatisering. Dette er urettferdig og leder til mistillit overfor helsevesenet og samfunnet. FACT er en ny måte å bygge tillit i befolkningen og ruste regionen for å kunne møte økte krav om å ta hand om alvorlig syke mennesker på en fleksibel og lokalt tilpasset måte. Kommunen bør i løpet av det nærmeste året undersøke hvor mye et permanent FACT-tilbud vil koste. En slik undersøkelse bør særlig fokusere på om FACT er en modell som kan egne seg i et område som vårt, med lulesamisk kultur og språk.

Kommunepsykologen bør i akuttfasen fokusere på implementering av RPH, FIT og veiledning i tjenestene. Kommunepsykologen bør ha en større rolle i forebygging av psykiske lidelser hos barn og unge. Kommunepsykologen kan også brukes til å arbeide med videreføring av arbeidet som er gjort innen prosjektet Jasska.

Arbeidsgruppen anbefaler i den akutte fasen å styrke rus og psykiaritjenesten med minst to årsverk, som spesielt skal jobbe opp mot rusfeltet og barn/ungdom. Her bør kommunepsykologstillingen økes. Det bør rekrutteres personer med lulesamisk språk og kulturkompetanse. Kommunen har fått tilskudd for å øke kapasiteten i akuttfasen, men det trengs varig økning av bemanningen for å ivareta dagens behov og møte fremtidens utfordringer. På lang sikt bør psykisk helse og rustjenesten i Hamarøy styrkes slik at bemanningen ligger på samme nivåer som andre kommuner i landet og bør styrkes ytterligere med tanke på de spesielle utfordringer Hamarøy vil ha med Tysfjordsaken. Lange avstander til spesialisthelsetjenesten gir økt bemanningsbehov.

9.1.8 Tildelingskontoret

Det anbefales at tildelingskontoret fortsatt er lokalisert i kommunens administrasjonssenter. Tildelingskontoret bør være kommunens koordinerende enhet, som utfører alt av saksbehandling i forhold til helselovgivningen, følger opp vedtak, utfører tidlig hjemmebesøk og kartlegging.

Tildelingskontoret bør styrkes med lulesamisk språkkompetanse både muntlig og skriftlig. Kapasiteten på tildelingskontore må økes noe. Skriftlige henvendelse på lulesamisk skal besvares på lulesamisk. Også ved hjemmebesøk og kartlegging er lulesamisk kultur og språkkompetanse avgjørende.

9.1.9 Barnevern

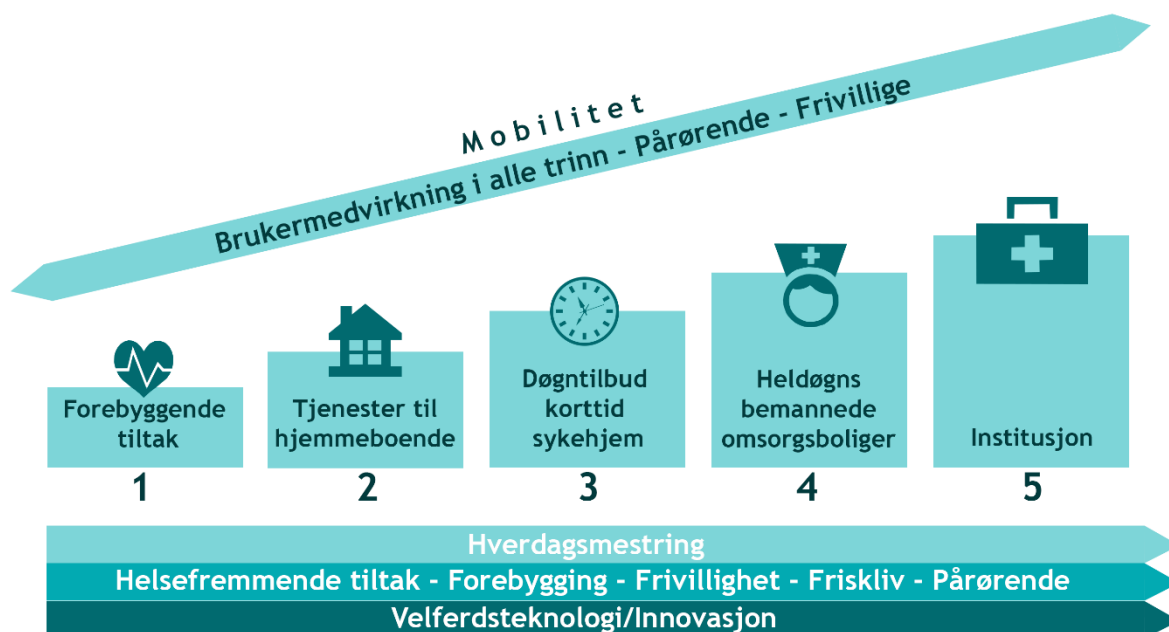
Barnevernet er i endring, og har hatt utfordringer over tid. Det arbeides nå med å få til et felles barnevern med Bodø kommune, noe arbeidsgruppen støtter.

Selv om Bodø får ansvaret for barnevernet i Hamarøy kommune vil barnevernskontoret på Drag bestå med dagens bemanning (justert med de personene som går til nye Narvik).

Bodø kommune er positive til å arbeide for å sikre lulesamiske barns rettigheter til språklig og kulturell oppfølging under omsorg av barnevernet. Bodø kommune har lulesamisk barnehage og grunnskoleundervisning på lulesamisk. Det vil bli arbeidet for å koble arbeidet med lulesamiske barnevernsbarn opp mot samisk nettverk for barnevernsbarn, drevet av Kautokeino kommune.

Arbeidsgruppen anbefaler at det i en avtale med Bodø kommune fremgår at det skal være lulesamisk språk og kulturkompetanse i tjenesten som skal utføres i Hamarøy kommune.

9.2 Kortsiktig fase 2020 - 2025



Figur 5 - Omsorgstrappen for Fremtiden i Hamarøy;

Omsorgstrappen i Hamarøy kommune er en skjematisk framstilling av tjenestenivåene, der brukermedvirkning og samarbeid med eventuelle pårørende er et overordnet prinsipp. Fagutvalget har lagt vekt på at hverdagsmestring skal være en holdning som kjennetegnes i alle ledd av trappen. Helsefremmende tiltak, forebygging og inkludering av frivillige og pårørende skal være en naturlig del av arbeidet med utøve en helhetlig og brukerstyrt helse- og omsorgstjeneste.

Nivå 1 - Forebyggende tiltak

- Frisklivssentral og folkehelsearbeid er en grunnstein i arbeidet med å forbygge skade og forme god helse. Frisklivsresepter. Læring og mestringstilbud.
- God informasjon på kommunens hjemmesider, og elektroniske søknader og svar ut tjenester for en effektiv tjeneste.
- Praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. Det tenkes for eksempel på hjelp til matlaging, handling, rengjøring og andre praktiske forhold som den som har bistandsbehovet ikke kan ivareta selv, og der konsekvensen av manglende bistand vil være alvorlig for den det gjelder.
- Tidlig hjemmebesøk med kartlegging, og planlegging

- Tilrettelegging av bolig, hjelpemidler for å klare seg selv. Trygghetsalarm
- Hjelp og samarbeid med pårørende og frivillige
- Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering
- Aktiviteter, treffpunkter

Nivå 2 - Tjenester til hjemmeboende

- Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) - herunder hjelp til å ivareta medisinske behov. Det tenkes her på bistand til personlig stell, medisiner, gjennomføring av medisinske prosedyrer i forbindelse med ulike funksjonstap eller sykdom.
- Dagsenter
- Ergoterapi, fysioterapi
- BPA/PA (personlig assistent)
- Omsorgslønn

Nivå 3 - Døgntilbud korttid sykehjem / tilrettelagt bolig

- Større hjelpebehov, må flytte i mer tilrettelagt og egnet bolig
- Korttidsopphold - kan ha flere formål og også være et ledd i rehabilitering, behandling eller for å vurdere hjelpe- /omsorgsbehovet framover. Kan gis som dag, natt eller døgnopphold.
- Avlastningstilbud - et tiltak for å gi mulighet for fritid og ferie for personer med omfattende omsorgsoppgaver i hjemmet.

Nivå 4 - Heldøgns bemannet omsorgsbolig

- Stort behov for hjelp gjennom døgnet
- Forsvarlig å være i egen leilighet over en periode, uten fare for liv eller helse

Nivå 5 - Institusjon (sykehjem)

- Ment for særlig pleietrengende, og for demente som ikke lenger fungerer i eget hjem. Det er en forutsetning at andre tjenester er vurdert eller prøvd først. Dette trinnet vil i praksis inneholde tjenester for mennesker som har fra middels til de mest omfattende bistandsbehovene.

9.2.1 Samlokalisering av tjenester

Arbeidsgruppen er entydige på at flest mulig tjenester må samlokaliseres. Dette vil gi robuste og faglig sterke tjenester. Fremtidsbildet for rekruttering av personell og kompetanse er utfordrende, og en desentralisert tjenestestruktur vil gjøre det enda vanskeligere å sikre lik kompetanse alle steder. En desentralisert tjenestestruktur vil ikke være økonomisk bærekraftig.

Arbeidsgruppen anbefaler et helsehus som har fokus på tjenestene øverst i omsorgstrappen med samling av så mange helsetjenester som mulig. Dette vil gi mulighet til å utvikle tverrfaglige løsninger i et tverrfaglig og tett og robust samarbeid. En samling av tjenestene vil styrke mulighetene til å gi alle innbyggere det helsetilbudet de etter lovverket har rett på. Det er også den økonomiske mest bærekraftige løsningen.

Helsehuset skal bidra til å utvikle arenaer for samhandling av tjenester til det beste for brukerne. Tjenester som ligger øverst i omsorgstrappen skal vektlegges slik at helsehuset bidrar til å sikre helhetlige bruker- og pasientforløp med god kvalitet.

Institusjon i fremtiden er preget av sykere pasienter som trenger mer oppfølging av personell med høy kompetanse. Helsehuset skal inneholde kommunens legetjeneste, legevakt, akutt plasser, demensavdeling, korttids plasser for utskrivningsklare pasienter, senger for lindrende behandling, rehabiliterings plasser og ettervern for rus og psykiatri, dagsenter for demente og eldre hjemmeboende - og andre kommunale tilbud.

Andre funksjoner som kan samlokaliseres er hjemmetjenesten, fysioterapeut/ergoterapi, frisklivssentralen, helsestasjon, psykisk helse, jordmor og eventuelt andre.

Helsehuset vil i tillegg inneholde aktiviteter som utvikler det til en naturlig møteplass for kommunens innbyggere i alle aldre. Eksempler på hva som kan etableres i tillegg til helsetjenester kan være kulturskole, ungdomsklubb med ulike aktiviteter, kafé, etc.

Arbeidsgruppen anbefaler bemannede omsorgsboliger i nærheten av institusjonen, og at disse boligene erstatter mange av de ordinære sykehjems plassene vi har i dag. Topp moderne teknologi vil gjøre det mulig for personer å bo i omsorgsbolig lengre med personell med høy kompetanse tilknyttet boligene. Samtidig må uteområder tilrettelegges i nærheten av helsehuset for rekreasjon og rehabilitering.

Arbeidsgruppen anbefaler at helsehuset har et fokus på helsetjenester til den lulesamiske befolkningen, både i utforming, språk, kulturforståelse, kompetanse og tjenester. Denne satsingen må skje i tett samarbeid med Årran, Helse Nord, fylkeskommunen, Sametinget, SANKS og andre statlige institusjoner, herunder Nordlandssykehuset og ambulansetjenesten. Dette er viktige samarbeidspartnere som bør få tilbud om å lokalisere tjenester i helsehuset.

Kommunen ser store muligheter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten både innenfor somatikk og psykisk helse. Huset må gi muligheter til at spesialister kan komme og utrede og behandle pasienter. I tillegg må helsehuset være godt utstyrt med kommunikasjonsteknologi og ha muligheter for å gjennomføre kurs og veiledning. Et godt helsehus der kompetansen er samlet vil være en viktig ressurs og forutsetning for å utvikle helse og omsorgstjenester til hele befolkningen, og være viktig for å gi spesialisthelsetjeneste som er tilpasset den lulesamiske befolkningen.

Et utviklings senter for lulesamiske sykehjem og hjemmetjenester lokalisert i et «kompetansehus» vil kunne bli en ressurs for hele den lulesamiske regionen. Dette sammen med et sterkt kompetansemiljø vil kunne initiere forskningsprosjekt med eksterne samarbeidspartnere som Universitet i Tromsø og NORD universitet.

Hamarøy kommune skal jobbe for å fremme likeverdige helsetjenester, som er tilrettelagt lulesamiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Det skal bygges opp team med helsearbeidere ved kommunens helsehus både innenfor somatikk og psykiatri. Teamet skal være tverrfaglig, ha lulesamisk språk- og kulturkompetanse i tillegg til kompetanse innen helsefagene.

Arbeidsgruppen finner det utfordrende å skal bestemme lokaliseringen av dette helsehuset. Arbeidsgruppen er enige om at helsehuset bør ligge på et tettsted med god infrastruktur, der det bor mange innbyggere med andre tjenester tilgjengelig. Arbeidsgruppen mener helsehuset bør lokaliseres enten på Drag eller Oppeid.

Det finnes ingen medisinskfaglige argumenter for å legge helsehuset enten på Drag eller Oppeid. På spørsmålet om lokalisering av legevakt, vil det viktigste fokus være å legge legevakten på ett sted i kommunen. Da vil redusere risikoen for at uønskede hendelser reduseres fordi det er usikkerhet om hvor legevakten er lokalisert.

En viktig faktor i lokaliseringen av helsehus vil være hvordan plasseringen bedrer mulighetene for å rekruttere nødvendig kompetanse. Fokus bør være at helsehuset legges der det er størst mulighet til å rekruttere og beholde et sterkt og kompetent fagmiljø, og utvikle helsetjenester til den lulesamiske befolkningen.

Å bygge likeverdige helsetjenester til den lulesamiske befolkningen vil være en stor utfordring for Hamarøy kommune som lulesamisk forvaltningskommune. Et helsehus gir muligheter til å gi det en utforming som ivaretar lulesamisk kultur. En avgjørende faktor for utviklingen av tjenester til den lulesamiske befolkningen vil være mulighetene til å rekruttere fagfolk med lulesamisk språk og kulturforståelse. Å kunne tilby barnehage og grunnskole som snakker og gir undervisning på lulesamisk vil være en viktig rekrutteringsfaktor. Den lulesamiske befolkningens tillit til det offentlige og til kommunen generelt vil kreve tiltak som bygger tillit og som viser at lulesamene er prioritert. Det lulesamiske miljøet er lite og sårbart. En lokalisering i et lulesamisk kjerneområde vil gi bedre grunnlag for å utvikle helsetjenester tilrettelagt for den lulesamiske befolkningen.

9.2.2 Institusjon og heldøgnsomsorg

Uavhengig hvor lokaliseringen av et helsehus blir, er vi nødt til å bygge et hus for fremtiden. Frem mot 2040 vil behovet for heldøgns omsorgsplasser være større og større - og vi må bygge for fremtiden. Som man ser i oversikten under, er behovet for plasser innen demens også stort - og kommer til å utgjøre de fleste faste plasser på institusjon. Under er behovet for heldøgns omsorg sett i et femårs perspektiv, fordelt på institusjon og boliger. Vær obs på at *i tillegg* kommer plasser for yngre personer med behov for heldøgns omsorg, korttidsopphold/rehab, ØHD og avlastning;

HVOR	2020 (akutt)	2025	2030	2035	2040
Antall 80+	163	194	257	299	338
Antall demente av 80+	37 (22,7%)	38 (19,6%)	50 (19,5%)	61 (20,4%)	69 (20,4%)
INSTITUSJON	18 (11%)	22 (11,3%)	28 (10,9%)	32 (10,7%)	36 (10,7%)
OMSORGSBOLIG	18 (11%)	22 (11,3%)	30 (12,5%)	34 (11,4%)	40 (11,8%)
SUM plasser	36	44	58	66	76
Dekningsgrad 80+	22%	22,7%	22,6%	22,1%	22,5%

Tabell 12 - behovet for heldøgns omsorg sett i et femårs perspektiv

9.2.3 Psykisk helse/rus

Også på psykisk helse rus feltet er det viktig at vi tenker langsiktig, og planlegger godt. Det stilles også her store krav til kommunehelsetjenesten i fremtiden. Arbeidsgruppen ser for seg følgende framtidige omsorgstrapp for psykisk helse/rus.



Figur 6 - Fremtidig omsorgstrapp psykisk helse/rus

9.3 Langsiktig strategi 2025 - 2040

Hamarøy kommune må også i fremtiden satse innen folkehelse og forebyggende tjenester for å møte fremtiden og unngå store behov for helse og omsorgstjenester. Å gi tidlig innsats lønner seg over tid.

Hamarøy kommune står overfor et krevende utfordringsbilde fram mot 2040. Endringen i antall eldre over 80 år øker med 144 fram mot 2040, fra 169 i 2025 til 338 i 2040. Dette vil medføre økende antall demente fram mot 2040, da spesielt i alderen 85 år og oppover.

Med en dekningsgrad på 22,7 % i 2025 vil kommunen ha 22 plasser på institusjon og 22 plasser i omsorgsboliger til sammen 44 plasser. Hvis kommunen har samme dekningsgrad i 2040 vil behovet være 76 plasser, 36 på institusjon og 40 i omsorgsboliger. Det betyr at det fram mot 2040 blir behov for 16 nye institusjonsplasser og 18 nye omsorgsboliger til sammen 34 plasser.

Kommunen ønsker å gi så mange tjenester som mulig så langt ned i omsorgstrappen som mulig. For å lykkes med det satser kommune på innføring og videreutvikling av

- Velferdsstrategi
- Hverdagsrehabilitering, tidlig hjemmebesøk og tidlig planlegging
- Mobilisering av frivillig sektor og pårørende

Å lykkes med disse tre strategiene er en forutsetning for å flytte omsorgstygden ned i omsorgstrappen. Økonomisk er det også en forutsetning at kommunen lykkes med denne strategien. Jo lengre opp i omsorgstrappen brukeren beveger seg, jo dyrere blir tjenestene. Det vil være økonomisk krevende å øke antall institusjons/omsorgsplasser med 34.

For å redusere framtidig behov for institusjons/omsorgsplasser må kommune intensivere arbeidet med velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og mobilisering av frivillig sektor og pårørende. Helse og omsorgssektoren er kjennetegnet ved en høy innovasjonstakt. Nye teknologiske løsninger strømmer inn over tjenestene, der den største begrensningen er evnen til å motivere og lære de ansatte, brukere, frivillige og pårørende til å ta nye teknologiske løsninger i bruk.

Mens utfordringsbildet er rimelig klart er den framtidige effekten av de teknologiske løsningene usikker, men uansett er det ingen andre mulige løsninger. Hvis en lykkes med å ta i bruk kan kanskje behovet for å øke antall institusjonsplasser/omsorgsboliger unngås eller reduseres vesentlig. Her vil behovet for omsorgsboliger/institusjonsplasser til demente være en avgjørende faktor. Velferdsteknologi og hverdagsmestring bidrar i dag til å gi demente mulighet til å bo lengre hjemme. Hvor utviklingen i velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering og mobilisering kan bidra til at demente kan bo enda lengre hjemme i framtiden er vanskelig å bedømme i dag. Det gå og en grense mellom hva som er teknisk mulig og etisk ønskelig.

Tiltak:

- Intensivere arbeidet med velferdsteknologi
- Intensivere arbeidet med hverdagsrehabilitering, tidlig hjemmebesøk og tidlig planlegging
- Finne ordninger som mobiliserer frivillig sektor og pårørende

10 Handlingsprogram

Handlingsdelen i helse- og omsorgsplanen skal rulleres minimum innen 2 år. Likevel skal det årlig gjøres en forpliktende samkjøring med kommunens årlige budsjettprosesser og økonomiplan. Det er forventet at det vil ta 2-5 år innen den nye kommunen har samkjørt alle arbeidsprosesser og organisering av disse. Av den årsak kan det komme nye punkter og/eller endringer av de områdene som er lagt fram her. Matrisen under viser en oversikt på hovedtiltakene i denne strategiske planen i et perspektiv fram mot 2040. Innsatsområdene skal synkroniseres og avstemmes mot den nye kommunens øvrige planprogram.

Strategi og tiltak

Strategi og innsatsområde		Tiltak
	Akuttfasen 0-2 år (kap 9)	
8.2.2	<i>Forslag tiltak fra prosjekt Jasska</i>	<ul style="list-style-type: none">• Styrke bemanningen av helsesykepleiere med 2 årsverk• Styrke bemanningen i barnevernet med 4 årsverk• Styrke arbeidet med psykisk helse og rus med 4 årsverk• Etablere et samisk kontaktpunkt i den kommunale helse og omsorgstjenesten med ½ årsverk• Øke kapasiteten til SLT koordinator ½ årsverk• Øke kapasiteten til miljøarbeider som arbeider med ungdomstiltak ½ årsverk• Legge inn jevnlig kompetanseheving om vold og overgrep, avdekkingskompetanse, meldeplikt, opplysningsplikt og taushetsplikt i kompetanseplan
8.2.3	<i>Velferdsteknologi</i>	<ul style="list-style-type: none">• Behovet for velferdsteknologi kartlegges. Det skal kartlegges både for institusjon, hjemmetjenester, legetjenesten og andre aktuelle helsetjenester.• Det lages en plan for opplæring og innføring av velferdsteknologi de neste 10 årene. Denne planen må koordineres med planleggingen av arbeidet med hverdagsrehabilitering og frivillighet
8.2.3	<i>Hverdagsmestring / hverdagsrehabilitering</i>	<ul style="list-style-type: none">• Innføre tilbud om forebyggende hjemmebesøk hos eldre over 75 år for kartlegging av bolig og eventuelt kommende hjelpebehov, og bistå hjemmeboende med å finne smarte løsninger i eget hjem.• Kartlegge behov og potensiale for hverdagsrehabilitering• Involvere de ansatte og utvikle et prosjekt for hverdagsrehabilitering
8.2.3	<i>Frivillighet</i>	<ul style="list-style-type: none">• Invitere frivillig sektor til dialog og samskappingsprosesser for å utvikle et formelt samarbeid.• Kartlegge hvilke tjenester den frivillige sektor kan bidra i

		<ul style="list-style-type: none"> • Utrede muligheten for aktivitetstilbud i den nye kommunen
8.2.5	<i>Kompetanse og rekrutteringsstrategi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide kompetanseplan for nye Hamarøy • Kartlegge kompetanse, kompetansebehov og legge en strategisk rekrutteringsplan ut fra denne • Utrede felles turnus for sykepleiere på institusjon og hjemmetjenesten - god ressursstyring • Gjennomføre kompetansehevede tiltak på utvalgte områder
8.2.8	<i>Hjelpemidler</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge ressurser på hjelpemiddelformidling - behov for økt kapasitet • Etablere kommunalt lager for hjelpemidler, system for bestilling, uthenting, utkjøring, innstallering og tilbakelevering. • Etablere hjelpemiddelkoordinator funksjon, med øking av ressurser med kompetanse innen velferdsteknologiske løsninger. • Resurser tilknyttes for utkjøring og tilbakelevering av hjelpemidler (må være to grunnet bæring)
8.2.10	<i>Demensomsorg</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide demensplan • Etablere dagsentertilbud for demente • Etablere demensteam/hukommelsesteam • Systematisk samarbeid med pårørende og brukerorganisasjoner • Utrede nåværende og fremtidige behov og løsninger for skjermede plasser på institusjon og tilrettelagte boliger • Gjennomføre kompetansehevede tiltak blant personalet på demensomsorg
9	<i>Organisering/bemanning</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ny organisering av helse- og omsorgstjenesten i gamle Hamarøy og Tysfjord vest til nye Hamarøy - utarbeide organisasjonskart og funksjonsbeskrivelser • Kartlegge faktiske ressurser og oppgavefordeling i åpen omsorg i begge kommuner (dette gjelder også ressurskrevende brukere). • Avklare fordeling av oppgaver og ansvar mellom institusjon og hjemmetjenesten med mål om å optimalisere ressursene • Rekruttere ergoterapeut
9.1.1	<i>Institusjon og omsorgsboliger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avklare hvilke bygninger som kan hjemles som heldøgns omsorgsboliger • Avklare hvilke av den eksisterende boligmassen som kan tilrettelegges for omsorgsbolig og kartlegge hjelpebehov hos de som bor i disse boligene i dag • Optimalisere Helhetlig pasientforløp i samhandling mellom åpen omsorg/institusjon/lege/spesialisthelsetjenesten, skal kartlegges og beskrives • Legge ned avdeling på sykehjemmet (3 plasser)

		<ul style="list-style-type: none"> • Avklare lokalisering av hjemmesykepleien og miljøtjenesten på Dragstunet • Opprette dagtilbud som tjeneste ved sykehjemmet • Videreføre kvalitetsarbeidet ved tildeling av tjenester og gjennomgå kriteriene etter ny omsorgstrapp • Utarbeide forskrift om langtidsplass på institusjon
9.2.2	<i>Helsetjenester i hjemmet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hjemmesykepleien skal styrkes kompetanse og ressursmessig • Etablere to ambulerende team natt i hver sin del av den nye kommunen • Være aktivt med i inngåelse av leasing avtaler på biler • Utarbeide plan for optimalisering av kjøreruter
9.1.3	<i>Miljøtjenesten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisering av Miljøtjenestene i begge kommunene skal samkjøres • Styrkes med vernepleierkompetanse • Lage plan for habilitering og rehabilitering i kommunen, og implementer i tjenesten • Opprette koordinerende enhet
9.1.4	<i>Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak fra prosjekt Jasska videreføres • Utdanne to PMTO terapeuter, forberede koordinering av TIBIR metode i kommunen • Opprette helsestasjon for unge på Drag • Styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste-tilbudet (Lulesamisk språk kompetanse) • Rekruttere jordmor
9.1.5	<i>Legetjenesten, legevakt og kommuneoverlege</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke legetjenesten (Lulesamisk språk kompetanse) med 1 ALIS - nord stilling • Rekruttere lege til legekontor på Drag • Etablere et nytt felles skybasert journalsystem • Innføre 6 ukers turnus for legetjenesten og legevakt • Søke dispensasjon fra akuttmedisinforskriften på grunn av mangel på spesialist • Utarbeide plan for rekruttering (pålagt egen plan) • Utarbeide utdanningsplan for LIS 3 leger • Utarbeide ROS analyse for legevakten • Legge plan for skyss av helsepersonell og legevakt med båt til og fra Musken i samarbeid med Nordlandssykehuset
9.1.6	<i>Fysioterapi, folkehelse og frisklivssentral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføre helsefremmede skoler og barnehager i hele nye Hamarøy • Ha fokus på utvikling av kosthold på skole/barnehage gitt etter nasjonale retningslinjer • Jobbe aktivt for å redusere overvekt hos barn/unge/voksne • Kartlegge Hamarøy kommunes folkehelseprofil - utarbeide folkehelseplan • Jobbe aktivt for en forebyggende og helsefremmende kommune gjennom folkehelseplan

		<ul style="list-style-type: none"> • Rekruttere ergoterapeut
9.1.7	<i>Psykisk helse / rus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensjoner og styrke psykisk helse for å møte utfordringen blant befolkningen i kjølvannet av Tysfjord-saken, bør styrkes med lulesamisk kompetanse • Etablere struktur for oppfølging av tidligere hendelser fra Tysfjord-saken • Spisse kompetansen innen rusomsorg, en økning i ressurs burde ha fokus på rus • Implementere Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) som et varig fast tilbud • Tilrettelegge for et helhetlig og sammenhengende tilbud og ta i bruk omsorgstrapp for rusavhengighet, psykiske utfordringer • Utrede samlokalisering med SANKS på Drag • Utrede om kommunen skal implementere FACT som en varig behandlingsmetode etter endt prosjektperiode
9.1.8	<i>Tildelingskontoret</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke tjenesten med lulesamisk språk kompetanse
9.1.9	<i>Barnevern</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inngå paragraf 28 samarbeid med Bodø om drift av hele barnevernstjenesten • Stille krav til vertskommune om oppfølging av lulesamiske barns rettigheter til språklig og kulturell oppfølging under omsorg av barnevernet • Barnevernet kobles opp mot nettverk for samisk barnevern (Kautokeino)
9.2	<i>Kortsiktig fase (0-5 år)</i>	
9.2.1	<i>Samlokalisering av tjenester</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utrede bygging av nytt «helsehus» med samlokalisering av helse og omsorgstjenester. • Avklare lokalisering av «helsehuset» • Planlegge utbygging av heldøgns omsorgsboliger
8.2	<i>Gjennomgående strategier</i>	<ul style="list-style-type: none"> •
8.2.1	<i>Bygge en samisk forvaltningskommune</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sette i verk kompetansehevingsprogram for de ansatte med fokus på samisk kulturforståelse og kultursensitivitet • Utarbeide brukerinformasjon på lulesamisk • Sikre samiske barns rettigheter til språklig og kulturell oppfølging under omsorg av barnevernet • Utrede og organisere lulesamiske ressursgrupper basert på egne medarbeidere som kan støtte helsepersonell og de lulesamiske brukerne • Styrke helsestasjonene med lulesamisk språkkompetanse for å bedre tilbudet til barn med lulesamisk som førstespråk • Å koble barnevernstjenesten opp mot nettverket for samisk barnevern (Kautokeino) <p>Etablere samarbeidsprosjekt med Helse Nord, Sametinget og andre relevante etater;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Bidra sammen med samiske brukere med å utrede og identifisere tjenestetilbud som må tilrettelegges språklig og kulturelt for at lulesamiske pasienter skal ha et forsvarlig tilbud • Styrke helsetilbudet til eldre ved å knytte seg opp til kompetansesenteret for eldremedisin i Samisk helsepark • Eget lulesamisk utviklingscenter sykehjem og hjemmetjenester • Å etabler et utviklingsforum mellom Helse Nord, statlige organ, Sametinget og Hamarøy kommune • Å bidra sammen med Helse Nord til at kompetanse til samhandling og koordinering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen fra de øvrige regionene blir gjort tilgjengelig for kommunen.
8.2.8	<i>Eldrereformen - Leve hele livet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reformen knyttes opp mot de øvrige strategiene i planen, og er gjennomgående ved planleggingen av helse og omsorgstjenester til eldre. • De fem innsatsområdene i reformen følges opp og rapporteres til kommunestyret gjennom årsmeldingen • Ses opp mot arbeidet innen frivillighet • En rekke tiltak fra arbeidsgruppen som kan tas med i arbeidet videre ligger som vedlegg 1.

Vedlegg 1 - Tiltaksområder kvalitetsreformen

Etter gjennomført prosessmøte med representanter fra begge kommunene kom følgende tiltaksmatrise fram som tiltaksområder for å møte kvalitetsreformen.

NR	INNSATSONOMRÅDE	TILTAKSFORSLAG
1	Program for et aldersvennlig samfunn	Planlegging av alderdom <ul style="list-style-type: none">• Engasjere pensjonistforening(er)• Gjennomgang og rådgivning for utforming av bolig som kan møte alderdommen slik at de eldre kan bo lenger hjemme• Oppfordre innbyggere til selv å ta kontakt med helse og/eller NAV• Oppfordre de eldre til selv å ta vare på egen helse og være aktiv• Realitetsorienterende møter til/for innbyggerne• Kartlegge bolig og informere om muligheter ved ombygging og informere om hvilke hjelpemidler som er tilgjengelige• Gi brukerne opplæring i bruk av velferdsteknologi Eldrestyrt planlegging <ul style="list-style-type: none">• Aktive foreninger• Bevisstgjøring• Involvere innbyggere• Bruke lag og foreninger• Frivillighetsarbeid og organisering gjennom frivillighetssentral• Informasjon fra kommunen til innbyggerne for å styre forventninger Seniorressursen <ul style="list-style-type: none">• Transporttilbud - alternativer til kollektivtrafikk• Bruke informasjonskanalene som web, facebook, post• Spre ordet om at de eldre er en viktig ressurs for samfunnet og for å møte framtidens utfordringer
2	Aktivitet og fellesskap	Skape gode øyeblikk <ul style="list-style-type: none">• Organisering av tilbudene• Transport er betydningsfullt - benytte eldre/frivillige til transport mot en kompensasjon for faktiske utgifter• Etablere dagsentertilbud i kommunen• Etablere Aktiv hverdag• Frisklivscentralen - ta tilbudet ut til hjemmene og til gymsaler rundt i kommunen• Etablere et sentralt helsehus som i tillegg er en møteplass for innbyggerne med cafe, aktivitetstilbud etc

		<ul style="list-style-type: none"> • Etablere samarbeid med vekstbedrifter og dagtilbud <p>Tro og liv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilby samlinger for overføring av andakt på radio og tele-overføring fra læstadianske menigheter • Tilrettelegge for bønnestunder uavhengig av trosretning • Etablere et eget seremonirom og inngå samarbeid med de ulike trossamfunnene • Motivere til en proaktiv prestetjeneste • Nattverd på rommene • Tilby samtaler med prest ikke bare ved livets slutt • Øke kunnskapsnivå hos de ansatte • Utvidet kulturkompetanse <p>Sambruk og lokalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere et felles møtested/kantine • Få inn tilbud om frisør, fotpleier, bibliotek • Etablere spillerom for å inkludere ungdommene i kommunen • Etablere studenthybler i tilknytning til eldresenter • Inngå samarbeid med frivillige ved dagtilbud og møteplasser • Trim for eldre (invitere frivillige til dette)
3	Mat og måltider	<p>Måltidstider</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servere middag til vanlig middagstid • Etablere «matvenner» • Øke produksjonskapasiteten til sykehjems-kjøkkenet og levere til hele nye Hamarøy kommune • Inngå avtale med vekstbedrifter om utkjøring av middager <p>Systematisk ernæringsarbeid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetansehevende tiltak for de ansatte • Ernæringsstatus og samtale om god ernæring ved oppstartsmøte og på oppsøkende hjemmebesøk • Systematisk ernæringsstatus for beboere på institusjon og for hjemmeboende

4	Helsehjelp	<p>Proaktive tjenester</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jevnlig og systematisk oppdatering hjemmesiden med beskrivelse av kommunens tilbud • Forbyggende hjemmebesøk som et tilbud til alle innbyggere over 75 år <p>Systematisk kartlegging og oppfølging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetansehevende tiltak • Holdningsskapende arbeid • Viktig fagkompetanse og funksjoner: • Fysioterapeut • Ergoterapeut • Hjelpemiddelkoordinator
5	Sammenheng	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive korttidsplasser • Fokus på hjelpemidler og hjemreiser • Økt kontinuitet med primærkontakter • Større stillinger - bygge heltidskultur • Fokus på hverdagsmestring og velferdsteknologi • Informasjon til de eldre om bruk av organisasjoner



ÅDÅ
Hábmera
SUOHKAN
NYE
Hamarøy
KOMMUNE

10.2.2 - PLAN FOR HELSE OG OMSORG